

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2500 книг по психологии.
Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.
Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт www.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен. Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

СЕРИЯ «ГИПНОЗ»

И. П. БРЯЗГУНОВ

ГИПНОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Издательство Института психотерапии
Москва
2005

ББК88

УДК 159.9.072

Б 89

Брызгунов И.П. Б 89 **Гипнотерапия детей и подростков.**-М.: Издательство Института психотерапии, 2005. - 192 с.

Книга доктора медицинских наук, профессора, специалиста в области педиатрии, знакомит читателей с современными данными по гипнотерапии у детей с психосоматическими функциональными заболеваниями. В ней рассмотрены также возможные осложнения и побочные действия гипноза.

Книга адресована психотерапевтам, психологам, педиатрам, которые могут использовать в своей работе гипнотерапию, студентам-медикам, а также широкому кругу читателей, которые интересуются вопросами немедикаментозных методов исцеления, в частности: самогипнозом, аутогенной тренировкой и др.

ISBN 5-89939-137-5

© И.П.Брызгунов, 2005

© Издательство Института психотерапии, 2005

Оглавление

От автора.....	4
Глава 1. Краткая история гипноза.....	7
Глава2. Что такое гипноз.....	13
Глава3. Гипноз и плацебо.....	20
Глава 4. Проведение сеанса гипноза.....	37
Глава 5. Тексты для проведения сеансов групповой гипнотерапии.....	59
<i>Первый текст.....</i>	60
<i>Второй текст.....</i>	64
<i>Третий текст.....</i>	66
<i>Четвертый текст.....</i>	70
<i>Пятый текст (для лечения ожирения).....</i>	72
<i>Шестой текст.....</i>	75
<i>Седьмой текст (по Элману).....</i>	77
<i>Самогипноз.....</i>	79
Глава 6. Семь предубеждений	

относительно гипноза.....	90
Глава 7. Возможности гипноза влечения и их пределы.....	95
<i>Литературные данные</i>	95
<i>Собственные данные</i>	118
Глава 8. Возможные осложнения гипноза и противопоказания.....	146
Заключение	160
Литература	163

3

*Посвящается НИИ педиатрии
АМН СССР*

От автора

Гипноз представляет собой гуманное средство воздействия на психику не только больных, но и здоровых людей (5, 48-51, 64, 68, 70, 73-75, 77-80, 107, 109, 111, 117, 285).

Путь к здоровью — это не только укрепление тела физической культурой, но и укрепление психики психической культурой, одним из методов которой является самогипноз (2, 87, 112, 134, 142, 155,321).

В развитии гипноза, в частности, в развитии гипносуггестивной терапии, наблюдались периоды увлечения им и последующего разочарования. Однако надо отметить исключительную «живучесть» этого метода. Вряд ли можно найти в этом отношении какой-либо другой метод лечения.

Все попытки игнорировать гипнотерапию, начиная с З.Фрейда (который нанес значительный урон распространению гипнотерапии), не принесли ожидаемого результата. Более того, в последние годы в зарубежных странах отмечается прямая и косвенная экспансия гипнотерапевтических методов. Об этом свидетельствует анализ мировых публикаций о феномене гипноза в психотерапевтической практике (42, 57, 60, 76, 113, 120, 129, 232, 256).

Однако в нашей стране в настоящее время гипноз применяется не столь широко, насколько это представляется важным.

Почему гипнотерапия пока не находит широкого применения в медицине? Это объясняется тем, что подавляющее большинство специалистов в нашей стране знают о гипнозе не намного больше своих пациентов. Психиатры возражают против того, чтобы гипнозом пользовался кто-либо,

4

кроме самих психиатров. Чтобы получить сертификат гипнотерапевта следует три года проработать психиатром и только после этого можно поступить на курсы по гипнотерапии для получения сертификата. Гипнотерапия требует большего времени, нежели назначение лекарственных средств (продолжительность гипносеанса в среднем 30 — 40 минут).

Существует предвзятое отношение к гипнозу среди населения, вызванное деятельностью эстрадных гипнотизеров. Также нельзя сбрасывать со счетов влияние фармацевтических фирм, которые не заинтересованы в распространении немедикаментозных методов лечения.

Гипноз — это не терапия. Это скорее терапевтический инструмент, который можно использовать бесконечно большим числом способов. В широком понимании — это часть любого вида терапии. Ввиду того, что гипнозу свойственно особое измененное состояние психики, нормально присущее живым организмам и человеку, можно утверждать, что гипноз для абсолютного большинства людей совершенно безвреден.

Я начал заниматься гипнотерапией в 1960 году, когда проходил субординатуру по психиатрии у профессора И.А.Мизрухина. Прекрасный психиатр, с большим кругозором и начитанностью, с огромной личной библиотекой, в том числе и по гипнозу, он был блестящим гипнологом.

В субординатуре со мной было шесть учащихся, в том числе и сын профессора — Анатолий. Я внимательно смотрел, как профессор проводит сеансы гипноза на лекциях, внимательно проштудировал все книги по гипнозу, которые были в студенческой библиотеке, в том числе и знаменитую книгу Фореля, и начал поводить гипнотерапию больных хроническим алкоголизмом. Эти больные характеризовались высокой внушаемостью, поэтому у меня получалось лучше, чем у других субординаторов. Один из них, некто Коваленко (парторг курса), пожаловался в партбюро института, что профессор И.А.Мизрухин специально обучил меня гипнозу, а его нет. Вызванный в партбюро про-

5

фессор, который не отличался особой храбростью, на вопрос: «Почему у Брызгунова получается гипноз, а у парторга Коваленко — нет?» ответил: «У моего сына тоже ничего не получается». Так я стал гипнологом.

Работая в НИИ педиатрии РАМН более 40 лет, я использовал гипноз в лечении ряда психосоматических функциональных заболеваний, в частности, длительного субфебрилитета, ночного энуреза, нейрогенной одышки, первичной артериальной гипертензии и др. Будучи заведующим клиникой, я постоянно испытывал дефицит времени, что и определило применение в моей работе групповой гипнотерапии, разработке которой я придавал решающее значение.

Желание принести пользу отечественной гипнотерапии, а также поделиться опытом и результатами гипнотической деятельности привело меня к написанию этой книги.

Глава 1

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ГИПНОЗА

Можно сказать, что гипноз столь же стар, сколь и само человечество. История изучения гипноза полна драматизма. Периоды живого интереса к нему, многочисленные исследования в экспериментальной и клинической практике сменялись периодами охлаждения и даже отрицания его существования.

Историю гипноза можно проследить уже с античного периода. Упоминания о нем встречаются в религиозных книгах всех времен и народов. Различные рукописные документы свидетельствуют о применении гипноза в Древнем Египте, Индии, Греции, Риме. В древних санскритских летописях существуют доказательства использования исцеляющего транса и существования исцеляющих храмов в Индии. В Древнем Египте в святилище Изиды были найдены иероглифы, изображающие людей, находящихся в гипнотическом состоянии. В Древнем Египте и Индии во время религиозных церемоний жрецы предлагали некоторым людям пристально смотреть на блестящие предметы под монотонные удары гонга. Люди постепенно впадали в своеобразное оцепенение. Производя впечатление спящих, они отвечали на вопросы жрецов и выполняли их приказания. Не вызывает никаких сомнений, что это были сеансы индивидуального и группового гипноза.

Гипноз был знаком и первобытному человеку. Ведь гипноз — это не продукт определенного уровня развития нашего сознания, культуры или науки. Он — состояние, в котором кратковременно или продолжительно находится человеческий мозг, а вместе с ним и весь организм.

7

В 1500-х годах врач из Швейцарии, Парацельс, был первым физиологом, который использовал магниты для лечения. Он проводил магнитом над телом больного, чтобы инициировать процесс излечения. Таким образом было излечено множество людей.

С венского врача Франца Антона Месмера начинается история современного гипноза (119). Он «вслепую» наткнулся на след могучего средства борьбы с болезнями, но не сумел правильно понять его сущность и вырваться из цепких лап мистических представлений. Он был предтечей гипнологии, хотя сам до конца своих дней верил в существование некоего живительного магнетического флюида, который он якобы имел способность концентрировать в себе. Месмер передавал больным «флюид» пассами снизу вверх, позже эти пассы в честь своего изобретателя были названы «месмеровскими». Месмер дал импульс международному научному изучению гипноза, сам же он умер в 1815 году почти в полной безвестности.

Поворот от месмеровского магнетизма к сформировавшемуся несколько позже гипнозу начался уже в 1813 году и был связан с именем португальского аббата Фариа, который считал, что от врача не исходит никакой особой силы. Для усыпления больных он применял новые приемы, в частности, фиксацию взора, властные повелительные команды.

Решающая заслуга в последующем широком распространении гипноза принадлежит английскому врачу-хирургу Джеймсу Брэду (1795—1860). Ему принадлежит название гипноз — искусственный сон (от греческого *hupnos* — сон), которое он применил в 1842 году. Назвав так это состояние, он указал на некоторое тождество происходящего со сном или сноподобным состоянием. Брэд практиковал в г. Манчестере и считал, что гипнотическое состояние, сходное с естественным сном, может вызываться различными физическими и словесными воздействиями. Это явилось своего рода гениальным предвосхищением сущности явления.

Затем А.Пюнсегюр открыл сомнамбулическую стадию гипноза, описал явления постгипнотической амнезии и со-

8

общил о возможности словесной связи с загипнотизированным лицом.

Значительный вклад в изучении гипноза сделал французский ученый Шарко. В это время центр изучения гипноза перемещается во Францию, где образуются две школы: с одной стороны — Жана Мартена Шарко, который сблизил явления гипноза с искусственно вызванной истерией. С другой — Ипполита Бернгейма (1840—1919), который считал, что гипноз не существует как самостоятельное состояние, а представляет собой внушение. Его последователи считали, что существует только самовнушение: врач излечивает больного потому, что больной поверил во врача. Отказ И.Бернгейма, а впоследствии и З.Фрейда от гипноза был продиктован устоявшимся мнением о порочности этого метода. С одной стороны, гипноз, животный магнетизм обвиняли в провоцировании эротизма, с другой (Ж. М. Шарко) — считали гипноз патологическим состоянием, истерическим неврозом. После смерти Шарко в 1883 году интерес к гипнозу значительно снизился.

Девятнадцатый век был золотым веком гипноза. Первый зуб был удален под гипнозом в 1823 году, в 1826 году женщина впервые родила без боли под гипнозом, в 1840 году один из шотландских хирургов, работая в тюремной больнице в Индии, использовал гипноз в качестве анестезии. Он провел таким образом 3000 операций, из них 300 — большие хирургические вмешательства, включая ампутации конечностей, удаления опухолей. Причем смертность от послеоперационных инфекций снизилась с 50 до 5%.

В журнале «Обозрение гипнотизма» за 1866 год Льебо (1823 — 1904) в двух номерах опубликовал пространную статью под названием «Исповедь врача-гипнотизера», в которой обобщает итоги своей 25-летней практики в области гипнотерапии. Опыт лечения 7500 больных, из которых некоторые получили несколько десятков сеансов лечебного гипноза, 19 случаев удаления зубов при помощи суггестивной аналгезии. На основании своего опыта Льебо пришел к выводу о большой терапевтической ценности гипноза.

9

Гипноз был первоначальным предметом научного интереса З.Фрейда. Он учился в школе гипноза в Нанси и использовал гипноз в своей практике около 5 лет. Позже он прекратил лечение гипнозом, провозгласив ему настоящую анафему, он создал психоанализ, что и стало одной из причин забвения гипноза в медицинской практике. Фрейд писал: «...Только когда вы исключите гипноз, вы сможете заметить сопротивление и вытеснение и получите действительно правильное представление о патогенном процессе».

Под влиянием Фрейда на Западе метод психоанализа вытеснил из практики психотерапии все другие методы, в том числе и гипноз, который Фрейд называл мистическим и капризным средством. Одна из версий, почему З.Фрейд перестал использовать гипноз, заключается в том, что его дикция ухудшилась из-за плохо державшихся вставных челюстей, мешавших ему легко вводить больного в состояние транса. Однако более вероятной версией является та, что гипноз не может применяться в широких масштабах из-за ограниченности гипнабельного контингента пациентов, к тому же он подавляет свободу личности и маскирует те компоненты внутреннего сопротивления, анализ которых составляет главную часть психотерапевтической процедуры. Тем не менее Фрейд вспомнил о гипнозе в конце своей жизни, отметив, что иногда бывают такие состояния, когда «мы должны заменить золото психоанализа медью гипноза».

Нельзя не отметить работы по гипнозу отечественных ученых А.А.Токарского, В.Я.Данилевского и особенно физиолога И.П.Павлова. Отечественный психиатр А.А.Токарский также обосновал полезность применения гипноза в лечебных целях. В начале 80-х годов XIX века он впервые начал читать курс гипнотерапии в Московском университете.

Если А.А.Токарского гипноз интересовал преимущественно как мощный психотерапевтический метод, то В.Я.Данилевского — как интереснейший и очень важный общефизиологический феномен. Сущность гипноза В.Я.Данилевский видел в торможении так называемых произвольных рефлексов. Говоря о природе гипноза человека, он сводит ее

10

к параличу воли и самостоятельного мышления, а причиной, вызывающей гипноз, называет психическое принуждение. Параличом воли он объясняет гипноз животных, а причиной паралича считает насилие, только уже не психическое, а физическое. Симптомы гипноза — снижение чувствительности, отсутствие произвольных движений и т. д. — по его мнению, следствие паралича воли. Это представление о гипнозе очень далеко от действительного понимания гипноза. Однако можно сказать, что А.А.Токарский и В.Я.Данилевский вырвали гипноз из мистических представлений и ввели его в светлый храм науки.

Как самостоятельная клиническая, психотерапевтическая и экспериментальная область

исследования гипноз получил признание во многом благодаря работам И.П.Павлова (1849 — 1936). Он доказал, что гипноз и внушение принадлежат к числу совершенно нормальных жизненных процессов. Этим И.П.Павлов окончательно лишил гипноз ореола таинственности и потусторонности. Он писал: «Гипноз... — это нормальный прием физиологической борьбы против болезнетворного агента». По его мнению, гипноз — это частичный сон.

Пионером коллективной гипносуггестии считают И.В.Вяземского, который в 1904 году предложил методику, не утратившую своего значения до настоящего времени. Часто в лечебных целях гипноз использовал В.М.Бехтерев — всемирно известный невролог, психиатр и психолог, основатель рефлексологии, президент Института по изучению мозга и психической деятельности. Его работы не утратили своей актуальности и до настоящего времени. В.М.Бехтерев стал основателем школы русского гипноза.

Важный этап в развитии отечественной гипнологии связан с именем К.И.Платонова, который создал основы экспериментального гипноза. После II Мировой войны количество публикаций по этой проблеме значительно возросло, так как в этот период гипнозом успешно лечили военных с психогенными расстройствами.

В отличие от классического, директивного гипноза был разработан недирективный гипноз, который носит название

11

эриксоновского гипноза. Его называют иначе «новым», «мягким» гипнозом. Создатель метода Милтон Г.Эриксон (1901 — 1980) — известный в США психотерапевт и гипнолог. За последние годы в нашей стране переведены как труды самого Милтона Эриксона, так и его ближайших учеников — Рос-си, Зейга и др. (41), где детально описана психотерапевтическая работа Эриксона и различные технологии введения в состояние гипнотического транса. В нашей стране был проведен ряд семинаров-тренингов по эриксоновскому гипнозу.

Эриксон был необычным гипнотерапевтом. Обращаясь к бессознательному, М.Эриксон часто использовал не прямые коммуникации и метафоры. Для этого направления гипнотерапии характерен раскол между сознательным и бессознательным. Работая с трансом, Эриксон нередко обращался к бессознательному напрямую, инструктируя его по использованию ресурсов для осуществления изменения. Гипнотические интервенции, особенно не прямые, часто используемые М.Эриксоном, помогают больному сохранять ответственность и контроль, снижая с их помощью возможность включения сопротивления.

Д.Зейг и Э.Росси — два основных исследователя эриксоновского гипноза, опубликовавшие множество работ по этому вопросу и проводившие многочисленные семинары, сохранили для нас живым наследие М.Эриксона.

Следует отметить, что в Великобритании гипноз, как один из методов терапии, был официально признан только в 1953 году. А в США Американская медицинская ассоциация только в 1958 году включила гипноз в список методов лечения ряда заболеваний и ввела обучение гипнозу в учебных заведениях медицинского профиля. Хотя I Международный Конгресс по гипнозу состоялся еще в 1889 году в Париже. На нем присутствовали все светила мира гипноза и нарождающейся психологии, а в последующем Всемирные конгрессы по гипнозу проводились регулярно.

Определенный вклад по внедрению гипноза в медицину в нашей стране сделали К.И.Платонов, В.Е.Рожнов, П.И.Буль, В.Л.Райков, Л.П.Гримак и др.

Глава 2

ЧТО ТАКОЕ ГИПНОЗ

Никто не знает, что такое гипноз, но точно известно, чем он не является. До сих пор ученые не пришли к единому мнению о сущности гипноза (85, 98, 100, 103, 116, 180). Несмотря на значительное число работ, посвященных выяснению физиологической и психологической природы гипноза, сущность самого феномена гипноза до сих пор является предметом научного спора. Единой теории, объясняющей природу гипноза, в настоящее время не существует. Имеются отдельные концепции, в той или иной степени, обосновывающие механизмы возникновения гипнотического состояния. Проводились различные исследования, чтобы доказать, что гипноз это специфичное состояние, отличное от сна и т. д. Приведем различия между сном и гипнозом по К.Теппервайну (112). *При гипнозе имеет место:*

- 1) повышенное внимание к заданному внушению;
- 2) пациент слышит каждое слово, каждый звук;
- 3) снижение критичности;
- 4) сознание ограничено, но бодрствует;

- 5) сохраняется ориентация в пространстве и времени;
- 6) сохраняется память, если только не дано категоричное внушение на ее отключение;
- 7) загипнотизированный может участвовать в разговоре.

Во сне имеет место:

- 1) отсутствие внимания;
- 2) практически блокируется восприятие стимулов;
- 3) отсутствует критичность;

13

- 4) сознание заблокировано;
- 5) отсутствие ориентации;
- 6) память заблокирована;
- 7) спящий не может участвовать в разговоре.

В одном из исследований оценивалось состояние гипноза с помощью позитронной эмиссионной томографии, когда испытуемому внушали видеть определенный цвет. Было показано, что в состоянии гипноза действительно включаются изменения мозговой перцепции.

Гипноз — это ритуализированное лечение внушением, которое как врачебный метод лечения зародилось в XIX веке и тогда же достигло своего наивысшего развития.

Гипноз — уникальный феномен, который привлекает к себе особое внимание и нередко окружен не только ореолом таинственности, но и многочисленными предрассудками. Он не имеет ничего общего с магией или сверхъестественными явлениями. Гипноз и внушение не одно и то же, хотя под гипнозом внушаемость заметно возрастает. Гипноз — это не терапия, а техника, инструмент, обладающий большой силой и возможностями. Гипноз — это не гипнотерапия. Гипнотерапией называется часть терапевтического процесса, в которой используется гипноз (67). В психотерапии гипноз используется для того, чтобы вскрыть травмирующий опыт, который может негативно влиять на мысли и действия в настоящем.

Существует многообразие взглядов на определение гипноза. Британская медицинская ассоциация дает следующее определение:

«Гипноз представляет собой преходящее состояние, в котором функции внимания у пациента изменены, состояние, в котором различные явления могут возникать самопроизвольно или как реакции на словесные или иные стимулы».

Эти явления включают в себя изменения сознания и памяти, не знакомые пациенту в его обычном психическом состоянии. Наряду с прочим, в гипнотическом состоянии

14

могут вызываться и подавляться такие явления, как анестезия, паралич, мышечная ригидность и вазомоторные изменения.

Ряд исследователей считает, что *гипноз — это направленное воображение*. Гипнотизер действует таким образом, который позволяет управлять чувствами, имеющими характер фантазии. Когда Эриксона просили объяснить, что такое гипноз, он отвечал, что «гипноз — это передача образов». Образы управляют нашей жизнью. Язык нашего подсознания основан не на словах, а на образах, а «громкость» языка образов зависит от сопутствующих эмоций. Подействовать может только то, что мы можем себе представить. Всякое образное представление, овладевшее нами, стремится к тому, чтобы осуществиться в действительности. Так, образное представление сна вызывает сон, представление невозможности заснуть — вызывает бессонницу.

Для тренировки воображения следует заняться самотренировкой образного представления. Следует пытаться представить себе какой-нибудь предмет до тех пор, пока он ярко и рельефно не возникнет перед вашим внутренним взором. Если сразу не получится, то рекомендуется поставить перед собой предмет и рассматривать его до тех пор, пока он отчетливо не предстанет перед вашим внутренним взором. Следует контролировать себя, периодически открывая глаза и сравнивая оригинал с копией в вашем воображении, до тех пор пока не будет достигнуто абсолютное совпадение.

Другая точка зрения состоит в том, что *гипноз — это естественно измененное состояние сознания*. По Л.П.Гри-маку (55), специфические для гипнотического состояния процессы затрагивают прежде всего область межфункциональных взаимоотношений между «сознательным» и «бессознательным». Запуск бессознательного поиска — самая важная часть работы психотерапевта. Она требует использования особых средств, которые благоприятствовали бы возникновению новых ассоциаций. Чаще всего для этого используются открытые внушения, воспоминания и дис-

15

социативный язык (в одной и той же фразе происходит обращение к сознательным процессам пациента и к его бессознательному, при этом обе части фразы соединяются сложными союзами). Например: «Ваш сознательный разум слушает мой голос и слышит мои слова, в то время как ваше бессознательное занято другим» (3).

Бессознательный процесс и ответ бессознательного всегда представляет собой резервуар ресурсов. Поэтому гипнотическое состояние может быть одним из наиболее важных средств для актуализации резервных возможностей человека. Другими словами, *гипноз — это важнейший резервный уровень организма*. Он создает условия для более расширенного управления явлениями бессознательного, а также мобилизации энергетической способности сознания.

Одно из определений гипноза гласит: *«Гипноз — это общение с бессознательным и его корректировка»*. В подобном состоянии мы находимся перед сном, в подобном состоянии просыпаемся. Его называют *«альтернативным состоянием»* или *«трансом» — это «малая» (поверхностная) форма гипноза. Транс может быть уподоблен работе по диссоциации сознательных процессов и бессознательного*. Левое — рациональное, сознательное полушарие на несколько мгновений уступает ведущее место правому — интуитивному, спонтанному, бессознательному полушарию.

При транссе наблюдается состояние повышенной психической и пониженной двигательной активности. В таком состоянии человек наиболее восприимчив к внушению. По М.Эриксону, *транс* является тем состоянием, которое облегчает любое обучение и в наибольшей мере способствует принятию желаемого изменения. Другими словами транс можно определить как *психологически обоснованный уход от реальности в иное состояние, которое более комфортно, более ресурсно*. Фактически *транс — это одна из форм естественных состояний*, хорошо знакомых каждому человеку — мечтания, молитва, медитация.

Э.Росси, основываясь на нейрофизиологических исследованиях, показал, что каждые 90 минут мы отстраняемся

16

от действительности на несколько мгновений. В течение дня у нас нередко наступают моменты задумчивости, рассеянности, отрешенности, когда внимание отключается, когда внешние раздражители почти полностью игнорируются за счет внутренней сосредоточенности. Например, нормальный, здоровый ребенок читает в комнате увлекательную книгу. Мать зовет его ужинать, но он не отвечает, потому что так увлечен содержанием книги, что зов матери не достигает его сознания. Он загипнотизирован книгой. Ребенок может быть увлечен не только романом, но и телевизионной передачей. Сходная ситуация наблюдается с футболистом, который продолжает играть в футбол, не замечая полученной травмы. И только после игры, в раздевалке, он остро чувствует боль в ноге, или, например, женщина в магазине украшений так внимательно и заинтересованно рассматривает их, что не замечает исчезновения кошелька, — ее состоянием воспользовался воришка.

В.Е.Рожнов (104) рассматривает гипноз как качественно особое психологическое состояние, отличающееся от сна и от бодрствования, которое возникает под влиянием направленного психологического воздействия. Л.Шертюк (122) называет гипноз «четвертым состоянием организма», наряду с состоянием бодрствования, сна и активного сновидения. В.Л.Райков (102) считает, что гипноз есть особая резервная форма психологического состояния и реагирования, потенциальная готовность к максимальной мобилизации психики, когда измененная функция сознания и самосознания получает расширенные возможности управления центральной и периферической нервными системами, включая некоторые элементы бессознательного, а в какой-то мере и организма в целом.

По концепции В.Л.Райкова (102) — гипноз это естественный психологический феномен, форма повышенной готовности психики к приему информации, ее переработке и реализации в деятельности. Это состояние измененной восприимчивости сознания, связанное с повышенной управляемостью почти всех функций организма.

2 - 5574

17

I

Процесс свободных ассоциаций очень напоминает гипнотерапию. В обоих случаях материал, который обычно недоступен сознанию, может быть вскрыт, подвергнут осмыслению и осознан с помощью или без помощи психотерапевта.

Считают, что З.Фрейд бессознательно вызывал гипнотическое состояние у своих пациентов путем

техники «свободных ассоциаций» (гораздо более эффективной, чем явные методы индукции, которые он ранее практиковал, а затем оставил).

Традиционно считают, что состояние гипноза вызывает гипнотизер. Однако исследования, проведенные многими учеными за последнее десятилетие, показывают, что вхождение в это состояние зависит и от пациента, от его способности фокусировать внимание, фантазировать, обладать образным мышлением. Искусство же гипнолога состоит в создании обстановки доверия, когда пациент чувствует себя комфортно. Гипнолог помогает войти в измененное состояние сознания, называемое трансом, подобное тому, которое наступает при увлеченном чтении или просмотре захватывающей телевизионной программы. В таком состоянии, глубокой концентрации внимания, человек более восприимчив к внушению.

При использовании метода гипноза, предложенного американским психотерапевтом М.Эриксоном в 1923 году, пациент активно участвует в процессе гипнотизации, его внимание активно привлекается к его собственным ощущениям, спонтанным и внушенным двигательным актам. При этом психотерапевт использует технику присоединения (подстраивания) к моторике и дыханию пациента, а также особый стиль речи, фиксирующий все происходящее с пациентом и побуждающий его к новым ощущениям и действиям таким образом, чтобы все эти изменения воспринимались им как собственный выбор. Для этого существуют специальные методики, появившиеся в последние годы и отличные от методики классического гипноза (126,127, 128). Эриксоновский гипноз, или как его иначе называют — «но-

18

вый», — «мягкий», недирективный гипноз. Эриксоновский гипноз — наиболее эффективная форма коммуникации, которая включает в себя всю совокупность разнообразных средств и методов достижения различных измененных состояний сознания (в том числе и сомнамбулический транс). По мнению Эриксона в состоянии транса человек больше способен к «бессознательному обучению». Для того чтобы пациент вошел в трансное состояние, необходимо овладеть его вниманием и направить это внимание вовнутрь, побуждая его к внутреннему поиску, добиваясь гипнотического отклика. Этот гипнотический отклик исходит из «обширного хранилища знаний», накопленных пациентом на протяжении всей жизни.

Одним из способов увеличения количества гипнабельных пациентов является соответствующий подбор групп индивидов, подвергаемых гипнозу. Наличие в группе высокогипнабельных пациентов значительно повышает восприимчивость к гипнозу других членов группы. В этом состоит преимущество групповой гипнотерапии.

Глава 3

ГИПНОЗ И ПЛАЦЕБО

Не только в медицинской терминологии, но и в обыденной жизни давно укоренились звучное и несколько загадочное слово «плацебо» и словосочетание «плацебо-эффект», «плацебо-реактивность» и т. п.

Одним из переводов латинского слова «плацебо» является *«хочу доставить "удовольствие"»*. Словом «плацебо» понятием в первую очередь обозначается вещество, по форме имитирующее лекарство, представленное в виде таблетки, раствора для инъекций, мази, порошка, драже, капсулы, но без специфического фармакологического, то есть физико-химического действия. Другими словами, «плацебо» означает «пустышка».

Во-вторых, словом «плацебо» обозначают любую деятельность, направленную на выздоровление больного и производимую с помощью какого-нибудь лекарственного средства или без него. Следовательно, *плацебо* — это любой компонент лечения (вещество, процедура или словесное выражение), который намеренно используется ввиду неспецифического психологического или психофизиологического действия и мобилизует ожидания и убеждения человека для его выздоровления.

В Большом энциклопедическом словаре дается такое определение: *«Плацебо — это лекарственная форма, содержащая нейтральное вещество. Применяют для изучения роли внушения в лечебном эффекте какого-либо лекарственного вещества, в качестве контроля при исследовании эффективности новых лекарственных препаратов»*.

20

Любое лечение обязательно содержит в себе эффект плацебо. Вера в то, что лечение должно помочь, и приводит к тому, что оно оказывается эффективным. При этом нельзя сказать, что человек воображает лечение, — оно происходит в действительности. Хотя плацебо само по себе не имеет никаких целительных свойств, вера в то, что оно даст желаемый эффект, нечто изменяет

в протекании физиологических процессов человека.

Для фабричного изготовления таблеток плацебо используют чаще всего крахмал, тальк, каолин, мел, для растворов — физиологический раствор поваренной соли.

Медицина всегда была прагматична. Она отбирает и использует то, что «работает». Первобытные народы эмпирическим путем часто нащупывали способы борьбы со своими недугами. За период тысячелетнего существования медицины, когда еще не существовала наука, лекари использовали снадобья — «лекарства», которые в ряде случаев помогали больным, но не за счет направленного медицинского воздействия, а благодаря своим специфическим физико-химическим свойствам.

Плацебо не просто «пустышка», это довольно эффективное лекарственное средство, которое при умелом применении может оказать помощь многим больным. Любой метод лечения, который усиливает ожидания больного, может вызвать реакцию плацебо.

На протяжении всей истории медицины плацебо было наиболее часто используемым «лекарством». И в настоящее время эффект плацебо, в ряде случаев — не без успеха, используют как представители народной медицины — ведуны, маги, чародеи, экстрасенсы, шаманы, целители всех мастей, так и представители альтернативной медицины. Другой вопрос, что это происходит не всегда и может задержать нужное лечение.

Социально-психологические элементы всех плацебо-воздействий используются осознано и неосознанно. Сознательное применение плацебо уходит в далекое прошлое и «реанимировано» в настоящее время. Это мистические

21

ммн^Ш1М^М1

ритуалы, изгнание злых духов, снятие сглаза, порчи или наговора, жертвоприношения, амулеты и т. п. К неосознаемому применению относится обнадёживающая, вызывающая доверие атмосфера, создаваемая врачом и персоналом.

Плацебо-эффект наблюдается только у человека, его можно исключить путем сна или наркоза. Плацебо действует как на разные заболевания, так и на физиологические константы. Людей, у которых отмечается любой плацебо-эффект, называют плацебо-реакторами.

Не только индифферентное, инертное в фармакологическом плане вещество может быть плацебо, но и лечебная процедура и даже словесное воздействие. «Словесное плацебо» было и остается неременным средством врачевания.

К плацебо-эффекту относятся любые изменения, происходящие с человеком после приема плацебо-лекарства или использования процедуры, имитирующей какую-либо лечебную методику (например, физиотерапевтическую или психотерапевтическую). Необходимые специфические изменения для восстановления и поддержания здоровья человека создаются самостоятельно и не всегда сознательно. Положительное реагирование людей на лечебное действие технических приборов хорошо известно. Обстановка физиотерапевтических кабинетов и сами процедуры максимально способствуют возникновению дополнительных эффектов.

Выражен плацебо-эффект и при иглорефлексотерапии. Об этом свидетельствуют специальные исследования иглоукалывания с использованием точек, не являющихся биологически активными, положительное действие было выражено у 35 — 50% больных. А воздействие на истинные биологически активные точки было эффективно у 55 — 85% больных. Несомненно, что плацебо-эффект присутствует и при гомеопатическом лечении.

Элементов плацебо особенно много в хирургическом лечении, оно более понятно (объяснимо) больным людям.

22

К операционной хирургии больше доверия, так как она наглядна и в представлении людей — более материальна.

Плацебо-эффекты тесно связаны с гипнотическими феноменами (253, 272, 279, 280, 309). Считают, что плацебо-эффект возрастает прямо пропорционально интенсивности внушения. Самовнушение понимается, как способность поддаваться влиянию слов, реализовывать их в поведении, воплощать в жизнь. Были проведены специальные исследования, посвященные плацебо-эффекту и феномену гипноза, а также дискуссия на тему: является ли гипноз плацебо или нет. По мнению В.М.Кандыбы (71) ни один медикамент или какое-либо психотерапевтическое воздействие не лишено плацебо-суггестивного эффекта.

R.A.Page и коллеги (272) проводили специальное исследование относительно гипноза и плацебо и пришли к выводу, что гипноз может вызывать действие большее, чем плацебо.

Spanos с соавторами (298) в статье: «Гипноз, плацебо и внушение в лечении бородавок»

убедительно показал, что эффект гипнотического лечения был выражен для уменьшения и исчезновения бородавок по сравнению с плацебо и когда лечение не проводилось. В другом исследовании, опубликованном в журнале «Американский журнал клинического гипноза», было показано, что при сравнительном лечении бородавок гипнозом и «нейтральным» лечением — таблетками, более эффективным оказался гипноз.

D.L.Johnson и коллегами была проведена тщательная оценка гипноза (230). Сравнивались две группы курильщиков, в одной в качестве лечения применялся гипноз, а в другой — плацебо. С помощью самоотчетов, самомониторинга и химических анализов через шесть месяцев лучшие результаты демонстрировала группа, где применялся гипноз.

В эксперименте, направленном на определение роли гипноза, которую он может играть при контроле боли, испытуемых просили терпеть мучительную боль в мышцах. Одной половине испытуемых сделали соответствующее внушение в состоянии гипноза. Другой половине испытуе-

23
мых просто прочли соответствующий текст, но при этом не индуцировали гипнотическое состояние. В первой (гипнотической) группе пациенты продемонстрировали гораздо большую терпимость к боли, особенно высокогипнабельные. Во второй группе (плацебо) лишь некоторые испытуемые стали чуть более терпимы к боли. Это свидетельствует о том, что гипноз является хорошей техникой для контроля боли.

Подобные исследования были проведены с контрольными группами, в которых использовались психологические техники (275): аутогенная тренировка, прогрессивная релаксация, глубокое дыхание и др. У больных с низкой гип-набельностью эффект гипноза в облегчении боли был равен эффекту плацебо, в то же время у высокогипнабельных эффект был больше, чем от плацебо. Эти данные показывают, что действие гипноза состоит, по крайней мере, из двух эффектов: плацебо-эффекта и другого — при котором внушение воздействует на искаженную перцепцию и купирует боль.

В следующем исследовании у 20 добровольцев оценивали лечение боли: гипнозом, акупунктурой, медикаментами и плацебо (42). По результатам гипноз превосходил все перечисленные методы, а при сравнении с плацебо разница была статистически значима ($P < 0,0001$).

В одном из обзоров приводятся данные 88% случаев успешного лечения неорганической импотенции 3000 больных. В двух контролируемых рандомизированных исследованиях этой патологии были получены следующие результаты: в первом эффективность гипноза составила 80%, а плацебо — 36%. Во втором исследовании (144) гипноз сравнивался с акупунктурой и плацебо. Лечение гипнозом приводило к улучшению сексуальной функции в 75% случаев.

Результаты вышеизложенных исследований свидетельствуют о том, что гипноз это не только плацебо, что существует *специфический эффект гипноза*. Считается, что, подобно гипнозу, «нейтральное» лечение воздействует на под-

24
сознание, которое стимулирует ответную реакцию. Однако «нейтральное» лечение перестает действовать, как только пациент узнает, что ему давали «пустые» таблетки. Главное в этом методе — полное доверие врачу и вера в лекарство.

Гипноз, даже если в него не верят, все равно дает результат. *Главное в гипнозе — мотивация больного на излечение, желание добиться успеха*. При использовании плацебо-эффекта подсознание обманым путем заставляют поверить, что помощь идет извне в виде таблетки или укола, и тогда оно дает команду на излечение.

Гипноз является важным экспериментально-психологическим методом изучения плацебо-эффекта, а также процесса выздоровления. Поэтому считают, что плацебо-терапия есть один из видов психотерапии.

Относительно активных лекарств у людей складываются ожидания, которые могут усиливать или ослаблять естественное действие лекарств. Согласно данным литературы, *положительный плацебо-эффект* — это положительные изменения после применения плацебо — например, улучшение самочувствия, снятие тревоги и беспокойства, нормализация сна, показателей функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной системы, уменьшение кашля, насморка, ослабление или исчезновение болезненных симптомов, как-то: урежение приступов бронхиальной астмы, стенокардии, головной боли, болей различного происхождения и локализации, увеличение объема движений при радикулите, при аллергическом рините, язвенной болезни, поражении суставов, артрите, кровотечении, ожирении, изменениях в эмоциональной сфере, уменьшение депрессии, повышение настроения, уменьшение послеоперационных болей, уменьшение

отечности при воспалении суставов, понижение сахара в крови, тонизирующее действие и прочее. Даже описаны случаи исчезновения злокачественных опухолей. Но насколько достоверны эти данные — неизвестно.

У одних больных применение плацебо оказывает сильный эффект, у других — слабый, а у третьих — он вовсе

25

отсутствует. Считается, что в целом эффективность плацебо составляет $35 \pm 2,2$ % от всех лечатся субъектов. Поэтому положительный плацебо-эффект стараются отличить от терапевтического эффекта лекарственного средства при установлении подлинной эффективности препарата.

Отрицательным плацебо-эффектом (он иначе называется «*ноцебо*») считается ухудшение показателей здоровья или болезни, появление нежелательных явлений или болезненных симптомов — сонливости или бессонницы, тревоги, паники, апатии, рвоты, головной боли, снижение или повышение аппетита, появление зуда, затруднений при глотании. Отрицательный плацебо-эффект должен дифференцироваться от побочных и токсических эффектов лекарственного средства.

Наблюдается ли плацебо-эффект у здоровых лиц? Да, он существует и у них. Здоровыми, нормальными людьми считают тех, у кого не наблюдается четких психических и психосоматических нарушений или, иными словами, у них нет жалоб и каких-либо отклонений в состоянии здоровья. На здоровых людях в основном изучаются формулируемые инструкции и названия лекарственных средств, их «стимулирующее действие» или «успокаивающее действие». И именно этого звена часто не хватает в исследованиях психотропных и других лекарственных препаратов.

Как пример плацебо-эффекта приведем свидетельство одного из коллег автора во время учебы в медицинском институте. Студенты, проживавшие в общежитии, частенько приносили мясо кроликов (над которыми производились физиологические опыты) для приготовления роскошного обеда. Пир обычно стоял горой, но однажды в комнату, где сытно отобедав сидела группа студентов, вошел студент, обычно приносивший кроличье мясо, и, давась от смеха, сказал: «Ну, как? Кошатаина вкусная?» Эта была глупейшая шутка, так как в этот день эксперименты на кошках не проводились. У всех отобедавших студентов началась неудержимая рвота, которая продолжалась длительный период времени, хотя и были приведены веские доказатель-

26

ства в пользу кроличьего мяса. Эта «шутка» дорого обошлась студенту: его исключили из института.

Установлен универсальный механизм плацебо-эффекта — он заключается в том, что плацебо-эффект наблюдается у людей различного возраста, пола, разных этнических групп, профессий, у больных с различными заболеваниями. Причем вызываются как положительные, так и отрицательные плацебо-эффекты. Это свидетельствует о том, что механизм плацебо присущ природе человека, его биологическому, психическому и социальному функционированию. Эти механизмы сложились в процессе эволюции — это память, внимание, фантазия, воображение. Они сохраняются при различных формациях, разном государственном устройстве, религии, образовании, научном развитии. В плацебо-эффекте проявляются характерные для человеческой природы взаимоотношения между психическими, биологическими и социальными процессами.

Медицинское лечение никогда не относится только к телу или только к психике. Оно касается и того, и другого — порой оно ближе к телу, а порой — к психике. Плацебо действует в той области, где физиология и убеждения воздействуют совместно. Больные реагируют как на смысл, так и на форму лечения.

К психологическим компонентам непосредственной фармакотерапии относятся следующие *вербальные факторы*:

- а) название препарата,
- б) репутация лекарства,
- в) вкладыш-информация в упаковке;

невербальные факторы:

- а) вкус лекарства,
- б) цвет лекарства,
- в) размер лекарственной формы,
- г) стоимость препарата.

Эффект плацебо в той или иной степени присутствует и во врачебной деятельности, и в процедурах лечения, и

27

практически во всех лечебных средствах. Повторим, что плацебо-эффекты создаются самим человеком, под воздействием внешних ситуационных обстоятельств. «Механизм» плацебо-эффекта описывают обычно в следующих терминах:

- а) внушение,
- б) объяснение,
- в) ожидание,
- г) подражание другим,
- д) установка;

то есть все то, что можно объединить понятием «готовности к... удовлетворению потребности».

Но внушение никогда не реализуется напрямую в сознании. Оно может стать эффективным, лишь будучи преобразованным в образное представление посредством еще одного психического явления — самовнушения. В основе всех вещей лежит мысленный процесс, состоящий из слов. Слова преобразуются в образные представления. И только потом возможна их реализация сознанием в поведении. Любые эффекты — это только результат собственной веры в это самого человека.

Врач или специалист, который знает, что в основе плацебо-эффекта лежат ожидания и внушения, преобразованные самим человеком (больным) в соответствующие звуковые, зрительные, кинестетические, реже обонятельные и вкусовые образы, при понимании этого быстрее достигнет результата в работе.

Процесс ожидания и внушения не обязательно связан с логикой, так как реализуется правым полушарием мозга. И инструкции при объяснении, как принимать лекарство, каких его полезных проявлений ожидать, должны формулироваться четко, ясно, просто, так чтобы они легко превратились в наглядный внутренний образ, который точнее совпадет с ожидаемым желанием человека, например в отношении действия лекарства, снимающего, устраняющего какое-либо болезненное проявление.

28

Если человек верит в себя, то самые убедительные слова врача будут откликаться в его сознании, затрагивая самые нужные для выздоровления желания. Сомнение же — самый первый враг внушения и веры во что-либо. Пока человек «мечется» от позитивных ожиданий к негативным и повторяет это многократно, то нет речи не только ни о каком плацебо-эффекте, но и о результативных эффектах в обыденной жизни.

По существу, *самовнушение* — это представление о том, что с телом или с психикой произошло или могут произойти определенные задуманные, желательные изменения. Врачебные внушения сопровождают весь курс лечения и даже после, например, советы и предписания действуют и после выписки из стационара.

Итак, *внушение* — это внешняя информация, которую человек принимает, и мысли, которые он создает без критики и анализа, преобразуясь в образы, они становятся мотивами к действию. Различают *прямое внушение*, оно воспринимается на веру; *мотивированное внушение* обосновывается, для него требуется добиться понимания и прояснить причинно-следственные связи; *косвенное внушение* — это практически любое медицинское вмешательство.

Действие плацебо основано и на эффекте ожидания, где используется, с одной стороны, имеющийся личный опыт и получаемая информация, а с другой — вербальные ассоциации, способные посредством нейрохимических процессов вызывать выработку ряда биологически активных веществ, что приводит к определенным изменениям внутреннего психофизиологического состояния организма.

Плацебо, вероятно, может стимулировать выработку эндорфинов. Эти природные обезболивающие в сто раз сильнее морфина. А что конкретно будет проявляться как плацебо-эффект, зависит от социальных и личностных особенностей человека, его состояния здоровья, болезни, его ожиданий, и также от личностных особенностей врача, его

29

"1

опыта и квалификации, умения создавать положительное взаимодействие с больным.

На реакторов в большей степени действует символическая информация лекарственной формы, которая может содержать или не содержать фармакологические действующие активные вещества.

Для них эта форма несет образ определенного состояния, — будет легче, боль как рукой снимет, быстро наступит сон.

Подмечен так называемый «семейный», «родительский» плацебо-эффект, который состоит в том, что он влияет и на тех родственников — матерей, бабушек, дети которых получают по каким-либо причинам плацебо. Этот эффект (повышенный или пониженный) зависит от предварительной беседы врача с матерью ребенка об эффективности «лекарства», от психологических особенностей личности матери, например, от ее чрезмерного или пониженного внимания к здоровью ребенка.

Доверие по отношению к врачу является важной составляющей действия плацебо. Это проявляется опосредованно через микстуры, таблетки, физиотерапевтические процедуры, хирургические операции. Но одного авторитета врача недостаточно, для эффективного лечения необходима взаимосвязь, «разговор на одном языке» — по медицинской терминологии «раппорт» между врачом и больным.

Считается, что плацебо действует в той или иной степени на всех людей. Можно ли «вычислить» или предсказать, предугадать плацебо-эффект? Кто из здоровых или больных людей будет плацебо-реактором или плацебо-нереактором, когда примет плацебо? Отнесение человека к той или иной группе на основании единственного эффекта случайно и ненадежно. Плацебо-эффект является состоянием настоящего момента и может меняться день ото дня, от обстоятельств, при которых принимается плацебо. Абсолютная плацебо-неэффективность более постоянная, стойкая «величина», чем плацебо-эффект. Обнаружена надежная связь плацебо-эффекта с полом, возрастом, диагнозом, отдельными симптомами или синдромами, зависимостью, доминиру-

30

ванием, покорностью, тревожностью, готовностью к сотрудничеству с врачом и медицинским персоналом и т. д.

Утвердилось мнение, что не существует специфической «плацебо-личности», то есть определенного личностного типа, реагирующей на плацебо. Вероятность обнаружения плацебо-реактора выше среди лиц, которые экстравертированы (направлены вовне), тревожны, зависимы, эмоционально лабильны, социально консервативны, искренни, отличаются высоким уровнем согласия, готовы сотрудничать с врачом. В то же время плацебо-нереакторы чаще встречаются среди интровертированных (направленных вовнутрь), недоверчивых, подозрительных людей.

Перед испытанием лекарства обычно не исследуются с помощью психологических тестов личностные особенности человека на предсказание его плацебо-реактивности, так как она зависит, как уже указывалось выше, от многих обстоятельств, учесть которые практически невозможно. В настоящее время в фармацевтической промышленности наблюдается необычный всплеск — появления тысяч и тысяч новых лекарств, причем один и тот же медикамент может иметь до десяти и более синонимов — различных названий. Например, синонимами жаропонижающего средства — ацетоминифена являются парацетамол, тайленол, панadol и другие.

Население приучено принимать лекарства с первых и до последних дней жизни, лекарственная зависимость стала главной причиной нездоровья и смертности. В США побочное действие лекарств как причина смертности находится на пятом месте. В настоящее время врачи условно разделились на тех, кто лечит методами медикаментозной терапии, и тех, кто использует силу внушения, кто пытается с помощью нейтральных и безопасных средств, опираясь на эффект плацебо, вызвать реакции, ведущие к излечению.

Потребность в контроле лечения существовала всегда. Но только сравнительно недавно, в 50-е годы, после появления психотропных препаратов стали проводиться конт-

31

рольные клинические испытания с применением плацебо, поскольку сущность плацебо-эффекта до настоящего времени изучена недостаточно.

Различают «открытый метод» — когда о препарате известно всем участникам лечения или испытания; «простой слепой метод» — когда только больной не знает, что он принимает; «двойной слепой метод» — о нем будет рассказано далее. Существует еще и «тройной слепой метод». Он заключается в следующем:

- а) предварительно в группе испытуемых выявляют плацебо-реакторов и исключают их из последующего участия в исследовании;
- б) о схеме постановки исследования не знают ни больной, ни врач, ни бригадир, проводящий исследование, а знает только один исследователь, обладающий всей информацией.

В настоящее время «двойной слепой метод» является стандартизированной процедурой определения

действенности активного вещества. При этом тестируемое вещество сравнивается со своим двойником-плацебо, но так, чтобы ни испытуемый, ни экспериментатор не знали, какое именно вещество они испытывают в данный момент протоколно. Группе больных назначают либо испытуемое лекарство, либо индифферентное вещество («пустышку») — плацебо. Результаты фиксируются, и этот тест называется «дважды слепой», потому что ни врач, ни больные не знают, кто получает лекарство, а кто — плацебо. Больные не должны знать, потому что их ожидания влияют на результат. Врачи не должны знать, потому что они могут влиять на больных, которые улавливают малейшие изменения в поведении исследователя (врача).

С 1970 года плацебо и «двойной слепой метод» обязательны для оценки эффективности новых лекарственных средств, для проверки различных сторон действенности известных препаратов и для сравнения близких препаратов. В доказательстве эффективности лекарств заинтересованы фармакологические фирмы, компании и лабора-

32

тории по производству новых лекарственных веществ. Их плацебо-эффекты оказались так хорошо изученным только потому, что все лекарства проходят дважды слепое испытание, в ходе которого проверяется их эффективность и все побочные эффекты.

Механизм рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого испытания состоит в следующем. Проводится планирование проведения исследования, контроль за его ходом и определяется финансирование этой работы. Для осуществления исследования подбираются больные, определяется структура исследования, проводится само лечение исследуемыми лекарствами плюс плацебо, подбираются критерии оценки, с помощью которых больные обследуются до, в промежутках и после окончания исследования. Проводится соответствующий статистический анализ полученных результатов исследования и их обсуждение, составление отчета. Больные, исследователи и сотрудники координирующего центра не знают о составе групп до тех пор, пока полностью не завершится обработка результатов.

Существует *семейный и родительский плацебо-эффект* при назначении плацебо в условиях *двойного слепого метода*, когда ни больной ребенок, ни его родители, ни сам врач не знают, какой препарат принимает ребенок. Родители и другие члены семьи, отвечающие за уход и лечение ребенка, имеющие контакт с лечащим врачом, сообщают о благоприятных сдвигах в состоянии ребенка. Они отмечают улучшение поведения, самочувствия, настроения, сна, расширение интересов, желание играть в разные игры, слушать сказки, петь, танцевать. Отмечаются уменьшение количества и тяжесть некоторых проявлений заболевания. Результаты терапевтического эффекта могут повышаться, если врачу удастся добиться, чтобы член семьи стал «продолжателем» инструкций врача и напоминал ребенку о необходимости соблюдать правила и регулярность приема лекарственных средств. При лечении ребенка таким образом слова врача

3-5574

33

обращаются не только к самому ребенку, но и к значимому для него взрослому, который будет проводить выдачу лекарственных средств в амбулаторных условиях.

Определенное действие лекарственного вещества считается научно объективно подтвержденным, если разница между замерами эффекта от изучаемого лекарства и его «двойника-пустышки» достигает статистически значимой величины. Другими словами, требуются веские доказательства, что новый медикамент — не плацебо, и что заявленный эффект принадлежит именно медикаменту, а не психологическому процессу, который разворачивается в голове принимавшего этот препарат. В принципе, доказать научными методами отличие реакции на лекарство и на его нейтральный двойник нетрудно. Труднее провести границу между поведенческими изменениями, связанными с психологическим аспектом приема лекарственной формы, и непосредственным действием лекарства на нейрофизиологическом и биохимическом уровнях.

Как пример доказательной медицины с использованием плацебо, мы можем привести одно из последних исследований одного из новейших гипотензивных препаратов (снижающего кровяное давление), которое проводилось у детей с артериальной гипертензией в 21 стране, в том числе и у нас. *Успех плацебо при так называемой функциональной стадии заболевания* обычно проявляется, когда еще не появились органические изменения, при функциональной патологии и, прежде всего, с неврозами. Эффективность лечения представителями так называемой народной медицины тоже объясняется эффектом плацебо. Но и это наблюдается только тогда, когда заболевание носит функциональный характер. В случаях, когда происходит *переход заболевания в органическую стадию*, эффект плацебо не «срабатывает». Так, при назначении плацебо при симптоматической артериальной гипертензии (форма вазоренальной гипертензии) никакого снижения артериального

давления не наблюдается, так как артериальная гипертония зависит от сужения почечного сосуда.

34

Человек всегда надеется на чудо. Как бы образован и учен он ни был. Один известный педиатр, блестящий диагност заболел тяжелым неизлечимым заболеванием — боковым амфиотрофическим склерозом (БАС). Эта болезнь впервые была описана французским ученым Парко в 1869 году. Морфологическая сущность процесса заключается в поражении центральных и периферических нейронов основного пути для произвольных движений. Болезнь проявляется спастическим параличом конечностей, вялым параличом конечностей, атрофией мышц и бульбарных синапсов — расстройство жевания, глотания, артикуляции речи. Прогноз безнадежен в отношении как выздоровления, так и жизни. Болезнь длится 3 — 5 лет, а больные с бульбарным синдромом погибают в течение первого года.

Педиатр сам поставил себе диагноз на ранней стадии заболевания, который был подтвержден специалистами научно-исследовательского института неврологии. Он знал, что ему осталось жить год (таков обычно срок жизни после начала заболевания). Но, тем не менее, весь этот год он обращался ко всевозможным экстрасенсам, народным целителям, колдунам. Но все оказалось тщетным... никакого даже субъективного улучшения не наблюдалось.

Знаменитая польская певица Анна Герман, когда ей поставили грозный диагноз — рак, решила лечиться самостоятельно: травы, голод, заговоры, экстрасенсы, народные целители. Но это не помогало. Если бы можно было вылечить только с помощью силы воли и терпения, то вне сомнения — она бы победила.

Другой показательный пример: в холле больницы, где находились онкологические больные, молодой человек продавал снадобье, которое обещало спасти любого, даже безнадежного больного. В состав снадобья входил сбор из 63 лекарственных растений и трав. Родственники больных надеялись на чудо и охотно покупали снадобье. Ни в одном случае оно не оказало чудодейственного эффекта.

3»

35

Заповедь Гиппократов «Не навреди!» является основным принципом при решении вопроса о возможности назначения плацебо любому больному.

При назначении плацебо возникают следующие вопросы:

- 1) Нравственно ли назначать больному плацебо, зная, что никакой лекарственной помощи он не получит?
- 2) Этично ли делать вид, что больной получает активный препарат, в то время как он принимает плацебо?

Подобные вопросы ставят перед собой врачи и другие специалисты, использующие плацебо в своей практике.

Из-за этических, моральных и практических трудностей широкое использование плацебо затруднено. Нельзя назначать плацебо больному, которому необходимо конкретное лекарство с доказанной именно у этого человека эффективностью. Считается, что недопустимо применение плацебо у больных с попыткой самоубийства, при тяжелой депрессии и психотической депрессии, шизофрении с позитивной симптоматикой, при нестерпимых болевых ощущениях и других заболеваниях. Этико-моральные и научные аспекты применения плацебо-контроля для оценки подлинной эффективности новых лекарств теперь регламентируются профессиональными обществами и ассоциациями, в принципе любое лечение требует контроля его истинной эффективности.

В сущности плацебо больше вопросов, чем ответов. Требуется провести много научных исследований, чтобы ответить на все существующие вопросы.

Глава 4

ПРОВЕДЕНИЕ СЕАНСА ГИПНОЗА

Проблема гипнабельности на протяжении всего периода научного изучения гипноза вызывала и по сей день продолжает вызывать оживленную дискуссию.

Гипнабельность — способность субъекта входить в гипнотическое состояние под влиянием разнообразных стимулов вербального и невербального характера.

Гипнабельность не всегда соотносится с внушаемостью, это не одно и то же. Доказано, что гипнабельность и внушаемость отражают различную психофизиологическую активность (274). Всякий человек внушаем, но не всякий гип-набелен — так звучит правило.

А.И.Захаров (63) отмечает, что определить гипнабельность сложнее, чем внушаемость. Несмотря на то, что она в известной мере есть физиологическое проявление внушаемости, эти понятия не всегда совпадают. Большинство из предложенных проб на гипнабельность отражают ее лишь частично и в большей степени свидетельствуют о внушаемости. О гипнабельности как таковой можно судить, как правило, после возникновения гипнотического состояния.

Для определения степени чувствительности к гипнозу используют множество тестов, которые довольно подробно описаны в многочисленных книгах о гипнозе.

В качестве примера приведем тест из книги К.Теппер-вайна «Гипноз-самогипноз» (112).

На вопросы, которые приводятся ниже, следует ответить: «Да» или «Нет».

37

1. Вы уже овладели упражнениями на расслабление (йогой, какой-либо формой медитации, аутогенной или сверхчувственной тренировкой).
2. Вы в состоянии расслабиться когда угодно, даже когда нервничаете.
3. У вас есть собственный метод, облегчающий засыпание.
4. Вы иногда переноситесь в мир грез, уводящий вас далеко от реальности.
5. Вы можете слушать другого человека, не осознавая смысла сказанного им.
6. У вас живая фантазия.
7. Вы обладаете ярким, образным даром воображения.
8. Приятные переживания и представления вызывают у вас сильные эмоции.
9. Вы интенсивно сопереживаете происходящему, когда смотрите кинофильмы.
10. Ваши эмоции возникают быстро и внезапно, но так же быстро остывают.
11. Если вам приходится ждать, вы становитесь беспокойным и нетерпеливым.
12. В вас легко вызвать неуправляемую реакцию.
13. Вас легко запугать.
14. На ваше мнение несложно повлиять.
15. Другие легко могут отвлечь вас от работы.
16. Если необходимо проявить инициативу или принять важное решение, вы предпочитаете вести себя пассивно.
17. Вам импонируют уверенные в себе люди.
18. Вы постоянно нуждаетесь в контактах с людьми.
19. Вам трудно ответить «нет» на чью-то просьбу.
20. Есть люди, которым вы слепо доверяете.

За каждый положительный ответ прибавляется одно очко. 0—4 очка: трудно загипнотизировать. 4—11 очков: гипнабельность находится на среднем уровне. 12—20 очков: очень легко загипнотизировать.

38

Менее известный и более простой тест заключается в том, что пациента просят закатить глаза вверх (как бы при взгляде на потолок) и измеряют у него длину видимого белка глаз от нижнего века до угла глаза — чем больше это расстояние, тем больше чувствительность к гипнозу. Но следует сказать, что этот несложный и удобный тест требует тщательной проверки и подтверждения.

К числу общих характеристик, влияющих на гипнабельность, относятся возраст, поли нейropsychиатрический статус испытуемых.

Одна из точек зрения состоит в том, что гипнабельность — это врожденная способность, определяющая, насколько глубоко вы можете погружаться в измененное состояние сознания. Считают, что восприимчивость к гипнозу является индивидуальной чертой, которая остается неизменной на протяжении всей жизни индивида (4).

По данным ученых, процент гипнабельных больных различен. По Е.Р.Нилгард и А.Н.Морган (218), 10% людей вовсе не подвержены гипнозу, 30% — обладают слабо выраженной гипнабельностью, 30% — гипнабельностью средней степени и только 30% лиц являются высокогипнабельными. К.М.Варшавский (43) определяет процент лиц, не поддающихся гипнотизированию, как величину, колеблющуюся в различные годы от 2 до 20%. Большинство авторов считают, что 10% людей относятся к числу лиц, легко поддающихся гипнозу, 20% — не поддаются вовсе, а остальные — поддаются гипнозу в различной степени. В.В.Кондрашову (79) удавалось загипнотизировать до 90 % взрослых больных.

Если раньше при гипнотерапии детей мы использовали классический, директивный гипноз, то затем в методику классического гипноза были включены элементы эриксоновско-го гипноза. При

этом в первый период нашей работы 1968 — 1975 гг. (27) процент гипнабельных больных составлял 70%, а при использовании усовершенствованной методики (с техниками эриксоновского гипноза) в период работы в 1991 — 1996 гг. число гипнабельных больных составило 92%.

39

Все это относится к *групповому гипнозу*. Трудно сказать, за счет чего увеличилось количество гипнабельных детей — за счет усовершенствования методики или за счет повышения внушаемости в последние годы, тем не менее, мы считаем, что гипнабельность не является врожденным свойством. Тем более что, по мнению такого авторитетного гипнолога, как Эриксон, не существует людей, которых бы он не смог загипнотизировать.

По данным Л.П.Гримака (56), 20 лет назад число высоко-внушаемых лиц составляло 20 — 30%, а в настоящее время оно подходит к 100%. По его мнению, такое положение порождает достаточно серьезные социально-культурные проблемы, соизмеримые с экологическим бедствием.

Гипнабельность меняется с возрастом. Реакция на гипнотическую индукцию и внушение в большинстве случаев достигает своего пика у детей в возрасте примерно 10—12, по другим авторам — в интервале 8—14 лет и постепенно снижается по мере их взросления. Некоторые индивиды сохраняют высокую способность к гипнозу вплоть до последних лет жизни.

По одним данным половых различий в уровнях гипнабельности не установлено, мужчины и женщины подвержены гипнозу в равной степени, по другим — женщины демонстрируют несколько большую восприимчивость к гипнозу, нежели мужчины. Не выявлено каких-либо различий в степени податливости к гипнозу у людей разного роста и различного телосложения. Не установлено какой-либо связи между коэффициентом интеллекта и степенью податливости гипнозу.

Невротики характеризуются меньшей гипнабельностью по сравнению с нормальной популяцией (за исключением истериков), большинство лиц, страдающих шизофренией, негипнабельны.

Сравнительно недавно появилось сообщение о повышении восприимчивости к гипнозу с помощью пролонгированной сенсорной депривации.

40

G.Gardner и K.Olness (197) выделяют следующие корреляты гипноза:

1. Связь гипнотической чувствительности с возрастом.
2. Гипнотическая чувствительность одинакова у мальчиков и девочек.
3. Дети различного возраста чувствительны к разным методам индукции.
4. Имеются некоторые свидетельства в пользу генетической обусловленности гипнабельности, хотя влияние обстановки и их переплетение тоже важны.
5. Существует прямая, хотя и умеренная зависимость гипнабельности от интеллекта.
6. Данные ЭЭГ демонстрируют тесную связь гипнотической чувствительности с альфа-ритмом при открытых глазах ребенка.
7. Дети с высокой восприимчивостью к гипнозу показывают высокую мотивацию к достижению успеха.
8. Отношение детей к взрослым также может играть важную роль.

Общепризнано, что одни лица значительно сопротивляются гипнотическому воздействию и набирают немного баллов по тестам, созданным для измерения гипнотической реакции, а другие — набирают максимальное количество баллов в подобных шкалах и обладают способностью вызывать гипнотический феномен. К наиболее распространенным причинам неподатливости к гипнозу, по В.В.Кондрашову, относятся следующие:

1. Неустойчивость внимания и рассеянность, которые не позволяют клиенту сосредоточиться на том, что говорит гипнолог.
2. Потребность в противодействии приказам, что сочетается с невербализованным желанием бросить вызов гипнологу и победить его.
3. Боязнь того, что будут раскрыты неприглядные личные тайны и влечения.

41

4. Страх перед утратой собственной воли и независимости в сочетании с сильным желанием сохранить непрерывный контроль над собой.
5. Страх совершить ошибку в связи с уверенностью в том, что гипноз является испытанием способности к выполнению заданий.

По С.Гиллигену (49), существуют три основных формы гипноза:

Авторитарный — проводится в клинике или на эстраде с целью поразить, развлечь публику. Типы

воздействия: прямые и повелительные команды, длительность наведения незначительная. Данные, представляющие наибольший интерес: поведение субъекта.

Стандартизованный гипноз проводится в экспериментальной лаборатории с целью исследовать конкретные феномены. Тип воздействия гипнотизера: стандартизованное внушение (обычно недирективное), длительность наведения незначительная.

Кооперативная форма гипноза, основанная на сотрудничестве, применяется в клинической практике с целью создания условий для трансформационных изменений. Типы воздействия, применяющиеся к стереотипам клиента, крайне гибки и сочетаются с общими задачами субъекта испытать интимные внут-риличностные ощущения в контексте безопасного межличностного общения. Длительность наведения различная, но, как правило, 30 — 60 минут. Среди данных, представляющих наибольший интерес — внутренние ощущения клиента и последующие изменения в его ведении.

Существует несколько важных различий между детской гипнотерапией и техниками, используемыми у взрослых (166, 258, 259, 295, 313). Психотерапевтическое воздействие (особенно в виде гипнотерапии) должно исходить из индивидуальных особенностей личности ребенка, определяю-

42

щих необходимость дифференцированного использования двух типов гипнотических внушений (прямое и косвенное), различающихся по механизму действия.

При гипнотерапии у детей язык упрощается в соответствии со словарным запасом и знаниями ребенка, а образы приспособляются к его уровню развития.

Работа с детьми более эффективна, чем со взрослыми. Это объясняется большей готовностью детей воспринимать внушаемые процессы и их более быстрым и полным вовлечением в используемые образы. Поэтому язык, образы и техники следует выбирать так, чтобы они соответствовали уровню развития ребенка.

Не существует единого мнения о том, необходимо ли учитывать возраст детей при проведении гипнотерапии. Большинство авторов считает, что гипнотические техники нельзя применять к детям младше 4-х лет. По мнению А.И.Захарова (63) гипнотерапию можно назначать детям после 4-х лет. В более раннем возрасте не удается достичь гипнотического состояния, так как для этого требуется длительная психологическая подготовка ребенка.

Многие гипнотерапевты считают, что более всего податливы к гипнозу дети в возрасте 7 — 9 лет, из-за активного воображения и готовности выполнять всяческие поручения. Однако некоторые исследователи это отрицают, утверждая, что более низкая способность к концентрации у детей и более слабые потенциальные резервы ограничивают их способность входить в гипноз.

При индивидуальном гипнозе можно во всех подробностях отслеживать реакцию пациента, а при работе с группой такие возможности ограничены. Но преимущество группового наведения состоит в том, что с его помощью можно сберечь время гипнотерапевта. Потенциальное неудобство группового наведения состоит в том, что у некоторых его участников глубина и качество транса оказывается ниже, чем при индивидуальной работе. В то же время «психическая инфекция» в группе увеличивает количество гипнабельных пациентов. Поэтому одним из спо-

43

собов увеличения гипнабельных пациентов является соответствующий подбор групп индивидов, подвергаемых гипнозу. Наличие в группе высокогипнабельных пациентов значительно повышает восприимчивость к гипнозу других членов группы.

Рекомендуется при проведении групповой гипнотерапии формировать детские группы дошкольников, младших школьников и старших школьников. Длительность гипнотического сеанса различна, но, как правило, составляет 30 — 60 минут. На коллективный сеанс рекомендуется приглашать не более 10—15 детей, а оптимальная группа составляется из 3—12 участников. Такую группу легко держать под контролем и руководить ею.

Перед тем как приступить к сеансу гипноза, гипнотерапевт должен провести ознакомительную беседу со всеми детьми группы вместе или по отдельности (первые сеансы могут начинаться индивидуально, а затем дети включаются в общую группу, с которой проводится коллективный сеанс). Требуется установить контакт с ребенком, познакомиться с его интересами, узнать, что он любит, каковы его любимые занятия, телепередачи, фантазии. Следует знать, что дошкольники лучше всего реагируют на индукции, ориентированные на активную игру.

Надо информировать ребенка о природе и возможностях гипноза, снять страхи и неверные представления о гипнозе. Следует объяснить, что гипноз совершенно не опасен, что ему ничего не

угрожает, что каждый человек много раз находился под гипнозом, например, при засыпании и пробуждении, и что транс — это естественное состояние и в гипнотическом состоянии в общем-то ничего особенного не произойдет.

Необходимо решить вопрос: должны ли родители присутствовать на сеансе вместе с ребенком. Преимущества присутствия родителей на гипнотическом сеансе следующие: во-первых, ребенок чувствует себя в большей безопасности, во-вторых, гипноз теряет свою мистичность, и родители не боятся, что их ребенку нанесут какой-либо

44

вред, в-третьих, родители начинают положительно относиться к гипнозу (видя, что ничего сверхъестественного в этом нет) и их отношение легко передается ребенку. Поэтому мы предпочитаем давать родителям и ребенку в вопросе присутствия родителей на гипнотическом сеансе полную, по крайней мере, на первом сеансе, свободу вы-



бора. Сеансы гипноза у детей и подростков по возможности следует проводить в лечебном учреждении и обязательно в присутствии третьего лица.

Для проведения гипнотерапии желательно организовать гипнотарий, стены и двери которого окрашивают в сине-зеленые тона, окна завешивают темными шторами. При групповой гипнотерапии кушетки должны быть расставлены так, чтобы к любой из них гипнотерапевт мог бы подойти. Количество кушеток не должно превышать 10—15. Рекомендация проводить сеансы гипноза по возможности в затемненном, спокойном помещении обусловлена тем, что необходимо максимально исключить посторонние стимулы. Чтобы помочь больному сконцентрироваться, необходимо включать возникновение посто-

45

ронных шумов (телефонные звонки и т. д.) в формулу внушения.

В клинике при сеансе гипноза обязательно должна присутствовать медицинская сестра, особенно она необходима при проведении коллективного сеанса гипноза. Она является организатором всего внутреннего распорядка, под-



готавливает детей к сеансу (11, 46, 66). Дежурная медицинская сестра после окончания гипнотического сеанса наблюдает за поведением детей и обо всем *сообщает* гипнотерапевту.

Обычно гипнотический сеанс продолжается 35 — 60 минут. Медицинская сестра перед началом сеанса регистрирует детей, а затем в проветренном помещении укладывает их на кушетки. Дети занимают одни и те же места. Обычно сеансы проводятся в одно и то же время.

Вначале дети 10 — 30 минут отдыхают в спокойном помещении (гипнотарии) с приглушенным светом. В помещении желателен зеленый и синий цвет. Во время дневного отдыха в клинике гипноз может переходить в дневной сон длительностью до 2-х часов.

46

Важную роль в проведении гипнотического сеанса играет правильный выбор времени суток. Рекомендуется проводить первый сеанс гипноза в то время суток, на которое приходятся периоды

естественной усталости, поскольку это подкрепляет внушение усталости и тяжести. При последующих сеансах гипноза время суток не играет особо существенной роли. Считают, что наиболее благоприятными часами для первого погружения в гипнотическое состояние является время от 12 до 17 часов.

В начале курса сеансы проводятся каждый день, затем через день и затем по 2 — 3 сеанса в неделю. Курс лечения состоит из 6— 12 сеансов. Иногда больше.

Проводя групповой гипнотический сеанс, гипнотерапевту необходимо постоянно удерживать в памяти каждого пациента, чтобы иметь возможность индивидуализировать гипнотическое воздействие. Методика построения гипно-суггестивного сеанса у детей, в общем, не отличается от взрослых, хотя имеет некоторые особенности.

Каждый сеанс гипнотерапии в своей структуре содержит ряд последовательно реализуемых этапов. *Подготовка к сеансу гипнотерапии* включает быстро ритуализирующуюся в процессе лечения настройку пациента на переход в гипнотическое состояние и актуализацию каждым ребенком индивидуально значимых задач достижения определенных ощущений, состояний, переживаний. Среди данных, представляющих наибольший интерес, внутренние ощущения клиента и последующие изменения в его поведении.

Создаются определенные физиологические и психологические условия: привлечение внимания, фиксация внимания. Очень важно начать сеанс гипноза фразой: *«Я могу вас загипнотизировать, только если вы сами себя загипнотизируете. Я смогу вам помочь, только если вы сами себе поможете»*. Эта идея подчеркивает ответственность самого больного и его контроль, которым он может поделиться с гипнологом. В настоящее время разработано большое число методов гипнотизации, основанных преимущественно на

47

вербальных техниках и сочетаниях, использующих вторичные гипногенные ситуации.

Главной целью *начального этапа вызывания гипноза* Д.В.Кандыба (70) считает получение у пациента наиболее простых и доступных первичных реакций:

- общего физического расслабления,
- психологического успокоения,
- двигательного покоя,
- перевода внимания с внешней реальности во внутреннюю,
- концентрации внимания и сознания на заданных врачом внутренних ощущениях, воспоминаниях и переживаниях (внушаемых представлениях и образах),
- формировании состояния безмыслия и нейтральной отвлеченности от любых внешних и внутренних реальностей с достижением эффектов отсутствия тела, закрывания глаз и подчинения голосу гипно-терапевта.

Вспомогательное средство — черный кружок диаметром 2,5 — 3 см, расположенный на потолке примерно на линии глаз пациента. Следует попросить пациента пристально смотреть на кружок не мигая, до тех пор пока глаза не закроются.

Переживание расслабляющего события: пациенту дают внушение пребывания в определенном месте, где он может чувствовать себя совершенно свободно, безопасно, счастливо, с описанием деталей, связанных с данным местом, позволяющим интенсифицировать впечатление. Ребенку рекомендуется ориентироваться на пассивную подчиняемость, переход в дремотное состояние. Всякое образное представление, овладевшее нами, стремится к тому, чтобы осуществиться в действительности. В гипнотическом состоянии представление должно быть образным и сопровождаться эмоцией максимально возможной силы. Чем больше чувств будет включено в создание образа, тем лучший результат будет достигнут.

Для тренировки воображения следует обучить ребенка самотренировке образного представления. Надо представ-

48

лять себе какой-нибудь предмет до тех пор, пока он ярко и рельефно не возникнет перед внутренним взором. Если сразу не получится, то рекомендуется поставить перед собой предмет и рассматривать его до тех пор, пока он отчетливо не отобразится перед внутренним взором. Следует контролировать себя, периодически открывая глаза и сравнивая оригинал с копией в воображении, до тех пор пока не будет достигнуто абсолютное совпадение. Когда ребенок представляет себе какой-либо яркий визуальный образ, его разум занят и не будет отвергать внушение.

Следует знать, что представления о слове недостаточно для получения эффекта. Если воля и вера

антагонистически противостоят друг другу, то всегда и без каких бы то ни было исключений побеждает вера. *Каждое усилие воли, не подкрепленное образным представлением, не только не приносит пользы, но наоборот, дает результат, противоположный желаемому.*

Особо следует отметить *содержание внушения*. Внушение может быть прямым и косвенным. Часто сознание отвергает прямое внушение, косвенное внушение легче обходит цензуру критического разума и, следовательно, легче принимается и выполняется.

Конкретное внушение содержит детальное описание чувств, воспоминаний, мыслей или фантазий, которые больной должен испытать во время гипноза. В отличие от конкретного внушения, в общем внушении отсутствуют детали, оно дает больному возможность свободно выбирать элементы, ассоциируемые с внушаемым опытом. До сравнительно недавнего прошлого в отечественной гипнотерапии, опирающейся на рефлексологию И.П.Павлова, использовались директивные суггестии, прямо или опосредованно адресуемые различным органам и системам организма.

Основной принцип эффективных отношений в ходе гипнотерапевтического сеанса заключается в том, что каждый пациент имеет ресурсы, которые могут ему помочь, а задача гипнотерапевта — помочь пациенту эти ресурсы реализовать. Это достигается формулировками внушений, у которых есть шансы пробиться в мир бессознательного, это и есть один из источников силы гипноза.

Прямое внушение направлено непосредственно на действие, оно создает общую установку личности к действию вне опоры на систему ее ценностей. Среди недостатков прямого внушения можно выделить необходимость полагаться на то, что больной сознательно уступит влиянию, и меньшую степень использования резервов бессознательного.

Косвенные внушения или имеют тесную связь с проблемой, или вызывают желательные реакции замаскированным и потому более мягким образом. Обычно они конкретно не упоминают сознательный опыт. Другими словами, применение косвенного внушения вводит пациента в особую психологическую ситуацию свободного личностного принятия решения. Оно апеллирует к личностным, смысловым характеристикам. При косвенном внушении прибегают к помощи добавочного раздражителя, наделяемого новым информационным значением благодаря произведенному прямому внушению.

В сравнительном плане достаточно значимое косвенное внушение действует с большей силой, чем прямое внушение, и таким образом, обладает более высоким потенциалом с точки зрения эффективности воздействия.

Формулы внушения обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, аппетита, работоспособности и т. д.), так и на устранение отдельных симптомов. Повышение эффективности внушения достигается его повторением. Внушение всегда должно быть сформулировано ясно и недвусмысленно, поскольку в большинстве случаев оно выполняется буквально. Желательно в одном сеансе не давать больше трех различных внушений, но их следует многократно повторить.

Признаками гипнотического состояния являются:

50

снижение мышечного тонуса,
замедление дыхания,
уплощение черт лица,
изменение зрачков (расширение или сужение),
ощущение комфорта,
расслабление,
телесная реориентация в ходе сеанса,
небольшие движения головой,
каталепсия,
идеомоторные реакции (левитация, сигналинг),
диссоциация.

Д.В.Кандыба (70) рекомендует обращать внимание на следующие *признаки развивающегося лечебного гипноза*:

1. Появление специфического фосфорического блеска в глазах, сужение поля внешнего внимания на одном или нескольких раздражителях.
2. Заметное расслабление всего тела и мышц лица.

3. Возникновение общей легкой скованности и заторможенности.
4. Заметное изменение голоса: голос становится тише, глуше и невнятное.
5. Замедляются и утрачиваются рефлексы мигания и сглатывания.
6. Заметно изменяется величина зрачков (расширяются или сужаются).
7. Заметное изменение цвета кожи: она бледнеет или краснеет.
8. Усиление общей скованности во всем теле.
9. Невозможность самостоятельно произвольно двигаться, самостоятельно открыть глаза.

В более глубоких стадиях гипноза у гипнотизируемого можно отметить повышенную потливость (капли пота выступают на носу, лбу, шее, ладонях). Речь отличается выраженной заторможенностью по сравнению с речью в состоянии бодрствования. Объективные признаки гипнотичес-

4- 51

кого состояния помогают гипнотерапевту распознавать и оценивать наличие гипнотического состояния и его фазу.

Шкала глубины гипноза состоит из гипноидности

- релаксация,
- моргание,
- закрывание глаз,
- полное физическое расслабление;

легкого транса

- каталепсия глаз,
- каталепсия конечностей,
- регидная каталепсия,
- анестезия (типа «перчаток»);

среднего транса

- частичная амнезия,
- постгипнотическая амнезия,
- изменение личности,
- простые постгипнотические наведения,
- кинэстетические иллюзии,
- полная амнезия;

глубокого транса

- способность открывать глаза без изменения глубины транса,
- постгипнотические фантастические видения,
- полный сомнамбулизм,
- позитивные постгипнотические зрительные галлюцинации,
- постгипнотические позитивные слуховые галлюцинации,
- постгипнотическая системная амнезия,
- негативные слуховые галлюцинации,
- негативные зрительные галлюцинации. *Заключительный этап сеанса* — дегипнотизация (выход

из транса). Выход из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений, но его нужно проводить не спеша. Индивидуальная скорость выхода пациента из гипно-

52

тического состояния определяется конституциональными и функциональными психобиологическими особенностями пациента.

Оптимальная дегипнотизация строится на следующем:

- а) закрепление позитивных элементов на постгипнотический период;
- б) внушение повышенной гипнабельности на последующие сеансы;
- в) отключение пациента от привязанности к гипнотерапии.

Постгипнотические внушения — это внушения, даваемые пациенту, находящемуся в гипнозе, и касающиеся его поведения и чувств, которые должны возникнуть, когда он выйдет из гипноза.

Заканчивая сеанс, следует еще раз коротко и четко повторить формулу лечебного внушения.

Если пациент не просыпается, то следует сильно нажать в течение 3 — 5 секунд на точку в межбровье, затем на точку в верхней части середины верхней губы (под носом), затем на точку под подбородком, затем снова вернуться к точке между бровями и резким толчком головы со

словами «проснитесь» разбудить пациента.

Эриксоновский гипноз включает в себя всю совокупность разнообразных средств и методов достижения различных измененных состояний сознания. Для того чтобы пациент вошел в трансное состояние, необходимо овладеть его вниманием и направить это внимание вовнутрь, побуждая его к внутреннему поиску, добиваясь гипнотического отклика. Этот гипнотический отклик исходит из «обширного хранилища знаний», накопленных пациентом на протяжении всей жизни. По мнению М.Эриксона, загипнотизировать можно любого.

Метод основан на активном участии пациента в процессе гипнотизации, активной стимуляции его внимания на собственных ощущениях, спонтанных и внушенных двигательных актах. Эриксоновский гипнотерапевт вступает в сотрудничество, усваивая ту конструируемую

53

реальность, которая присуща клиенту, и затем на чувственном уровне расширяет диапазоны возможностей в рамках этой реальности. Он является в равной степени наблюдателем и участником. Поэтому транс, возникающий в терапевтическом контексте, часто носит межличностный характер, когда гипнотерапевт и клиент существуют «вместе и одновременно отдельно» друг от друга. Особенности познавательных процессов, относящихся к гипнозу, включают богатое воображение, диссоциацию, абсорбцию, первичный процесс мышления и сенсорную репрезентацию.

Гипнотерапевт должен пытаться минимизировать негативные заявления или предположения, говорить успокаивающим вокальным тоном и использовать «около бессознательные» процессы языка типа игры слов, аналогии, метафоры, истории, сжатость стиля и конкретные сенсорные каналы. Соответственно этому подбираются слова для гипнотической коммуникации. Выявление и использование систем репрезентации переживаемого опыта является полезным способом эффективной подстройки к пациенту. Преобладающая модальность называется основной репрезентативной системой личности. Имеются два способа установления основной репрезентативной системы пациента:

1. Слушать сказуемые (предикаты), используемые в речи.
2. Наблюдать паттерны сканирующего движения глаз.

Следует выбирать сенсорные каналы, соответствующие гипнотическому опыту, основываясь на языке пациента (особенно на предикатах — глаголах, наречиях, прилагательных), что является отражением излюбленного сенсорного канала в период обработки информации.

Транс возникает в рамках терапевтического взаимодействия благодаря использованию гипнотерапевтом процессов, которые:

- 1) способствуют внутренней поглощенности,

54

- 2) осуществляют подстройку и последующий рефрей-минг фиксированных концептуальных ориентации,
- 3) вызывают и усиливают чувственные (трансные) процессы.

При наведении транса в эриксоновском гипнозе применяют шаблон, который называется «*Семишаговой моделью* Милтона Эриксона».

Шаг первый. Предложение принять удобную позу. *Сядьте удобнее, положите руки на колени, расслабьтесь и приготовьтесь слушать меня.*

Шаг второй. Просьба сконцентрировать внимание на какой-либо точке.

Посмотрите внимательно на картину...

Шаг третий. Гипнолог организует речь так, чтобы разделить сознание и подсознание человека.

Например, повернув голову направо, гипнолог говорит громким голосом:

Вы продолжаете меня слушать.

А затем, повернув голову влево, говорит тихим голосом:

А ваше внутреннее «Я» начинает что-то вспоминать.

Шаг четвертый. Гипнолог сообщает человеку о тех признаках транса, которые он у него наблюдает. Например:

Ваше дыхание стало более медленным, глубоким; мышцы лица расслабились, тело расслаблено.

Шаг пятый. Дается установка на «ничегонеделание». Например:

Вы можете ни о чем не думать или думать о чем угодно, хоть обо всем сразу... Здесь вообще нет ничего, что нужно делать.

Шаг шестой. Человеку даются гипнотические установки для решения его конкретных проблем.

Шаг седьмой. Возвращение из транса.

Основной прием Эриксона заключается в том, чтобы выстроить метафоры, содержащие в себе возможности решения,—метафорический подход расширяет для человека возможности выбора.

55

Среди других используемых техник можно назвать *индукцию*. Индукция используется гипнологом, чтобы помочь больному расслабиться и достичь состояния, в котором он будет восприимчив к внушению. Другими словами, *индукция* — это процесс выведения человека из сознательного, настороженного, рационального состояния разума и перевод его во внутреннее сконцентрированное эмоциональное состояние транса.

Методы индукции включают в себя зрительные, слуховые и двигательные образы, повествования, идеомоторные техники, прогрессирующую релаксацию, отвлечение и техники утилизации. L.S.Kubie, S.Margolin (238), описав физиологический метод индукции гипноза (фиксация внимания на собственном дыхании), показали возможность осуществления гипноза без гипнотизера. Это послужило основанием для мнения о том, что посредством чисто физических манипуляций также можно вызвать гипнотическое состояние.

Одной из важных техник утилизации является *трюизм*. Трюизм — утверждение фактов или наблюдений, которые настолько очевидны, что их невозможно отрицать. Например: «У всех людей когда-то бывают трудности».

Другой техникой утилизации является *незнание и неделание*. Эта техника позволяет мыслительным процессам клиента идти своим путем.

Запугивающая индукция — это намеренная атака на клиента не имеющими смысла словами и инструкциями, которые приводят его в замешательство, после чего он открывается и начинает подчиняться программе.

Другой техникой гипноза является *углубление*. Углубление происходит тогда, когда даются инструкции, усиливающие гипнотическое переживание. Углубление обычно сопровождается увеличением яркости и живости воображения. Следует отметить, что сообщения лучше усваиваются подсознанием, когда они преподносятся как впечатления или как картинки. Самое главное — это чувство, заложенное в сообщении, и его дух, а не повторение заученных слов.

56

На этапе гипнотизации происходит торможение или диссоциация коры головного мозга по одному или нескольким сенсорным каналам (при отсутствии помех и желательно с приятной тихой музыкой) (153). Диссоциацию определяют, как способность расщеплять целостный опыт на составные части, укрепляя сознание одной из частей в ущерб остальным. Другими словами, диссоциация это процесс отделения сознательной части мышления от бессознательной. Это происходит, когда вы внимательны и сознаете только один аспект того, что происходит с вами в данный момент, и не замечаете всего остального (190). Чем глубже состояние гипноза, тем выше степень диссоциации и лучше шансы для неосознанных реакций (282, 283).

Ранее, получив подробную информацию о пожеланиях пациента, следует приступить к редактированию внушений. При этом внушения должны быть сформулированы позитивно. Например, не следует говорить: «Теперь у вас не болит голова». Вместо этого: «Ваша голова свободна и ясна» и т. д. Для гипнотической коммуникации следует формулировать простые и легкие внушения, следует говорить на языке пациента, определять все в категориях опыта пациента, применять настоящее время и позитивные конструкции, поддерживать и ободрять пациента.

Когда загипнотизированный больной получает инструкцию вернуться в прошлое, представить и заново активно пережить заданный отрезок времени — это называется *регрессией возраста* или времени. Регрессия возраста полезна для гипнотерапии, когда гипнолог хочет, чтобы были проработаны чувства и воспоминания, связанные с психической травмой. После сеанса гипноза может проводиться рациональная психотерапия, во время которой закрепляется реализация внушений, полученных в гипнотическом состоянии. После сеанса полезно прислушаться к мнению больного о технике гипнотизирования и качестве проведения внушений в состоянии гипноза.

Важнейшим условием успешного гипноза является личность гипнотизера. Традиционно считалось, что состояние

57

гипноза вызывает гипнотизер. Однако исследования, проведенные многими учеными за последнее десятилетие, утверждают, что вхождение в состояние гипноза зависит и от пациента, от его способности фокусировать внимание, фантазировать, образно мыслить. Искусство гипнолога

состоит в создании обстановки, в которой пациент чувствует себя комфортно. Хороший гипнотизер должен верить в себя, должен уметь создавать атмосферу доверия и симпатии. Еще А.Форесть писал: «Не подлежит сомнению, что самый лучший гипнотизер — это тот, кто умеет убедить людей, которых он собирается гипнотизировать, в собственных гипнотических способностях и в состоянии воодушевить их на это предприятие». Сразу следует сказать, что гипнотизировать имеет право опытный специалист, имеющий медицинское образование, кроме того имеющий специальное образование в области гипнологии и получивший сертификат гипнолога.

Среди необходимых качеств гипнотизера следует отметить яркую личность, хорошую наблюдательность, контактность, интуицию, присутствие духа, абсолютную уверенность, приятный голос (в процессе лечебного внушения большое значение имеет голосовая характеристика произнесения слов: интонация, громкость, выразительность речи), опрятную внешность, терпение. Если гипнотерапевт чувствует себя утомленным, например, после бессонной ночи, или больным, лучше заменить в этот день сеанс гипнотерапии другим видом лечения.

Эффективность гипнотического сеанса зависит не только от индивидуальных особенностей гипнотерапевта, но и от индивидуальных особенностей пациента (то, что оказывает выраженное воздействие на одного, может не произвести ни малейшего впечатления на другого). Многие современные гипнотерапевты считают, что восприимчивость к гипнозу отражает взаимодействие между мотивациями и интересами пациента, гибкостью и отзывчивостью гипнотерапевта и степенью раппорта, достигнутого между гипно-терапевтом и пациентом.

Глава 5

ТЕКСТЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕАНСОВ ГРУППОВОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Существует около сотни техник для наведения транса (38, 52, 53, 59, 65, 82, 88, 89, 106, 177, 286, 298, 314, 318, 326, 334). Б.В.Михайлов и коллеги (91) разработали общую методику для гипнотерапии с 16 последовательными этапами — погружения в состояние гипноза, лечебного внушения и дегипнотизации.

1. Установка на удобную позу: *Примите удобную позу. Закройте глаза. Успокойтесь.*
2. Адресация внушений к кинестетическому анализатору по мышечным группам: *Все тело отяжелело.*
3. Интероцептивное расслабление. Начинают расслабляться внутренние органы. Адресация внушений к дыхательному аппарату, сердечно-сосудистой системе.
4. Отключение от окружающего. Успокоение и отключение от личностных переживаний и ощущений.
5. Адресация внушений ко второй сигнальной системе.
6. Фиксация покоя.
7. Перевод покоя в дремоту.
8. Формирование раппорта.
9. Перевод дремоты в гипнотическое состояние.
10. Потенцирование гипнотического состояния.
11. Внушение общетерапевтического действия.
12. Суггестия чувства комфорта.
13. Закрепление спокойствия.
14. Лечебные внушения.
15. Пролонгирование лечебного действия гипноза.
16. Дегипнотизация.

59

Могут быть и отклонения от этой схемы.

В своей лечебной практике мы в основном использовали групповую гипнотерапию, что позволяло экономить время гипнотерапевта с соблюдением всех правил при проведении сеанса гипноза.

В качестве примера приводим тексты гипнотических сеансов.

ПЕРВЫЙ ТЕКСТ

Лежите свободно, как дышите. Нужно закрыть глаза и представить экран телевизора: выпуклый, серый, на нем крупно написано два слога: сверху — слог «СО» и внизу — другой слог «КСИИ». Вы должны осознать, что первый слог «СО» связан с вдохом, обычным нормальным вдохом, а второй — «КСИИ» с выдохом, более длительным, плавным и продолжительным, потому что выдох чуть-чуть длиннее вдоха.

Кстати, некоторые из вас жалуются, что не могут ощутить на экране эти два слога и увидеть их.

Но отсутствие ощущения — это уже ощущение.

Вы можете сами на ладони пальцем написать эти два слога и тем самым установить связь между этими слогами и вашим мозгом.

Эта связь между экраном и вашим внутренним взором будет постоянной в течение сеанса, — то есть без вашего усилия, без вашей активной помощи, вы можете проговаривать в уме, про себя эти два слога «СО» на вдохе и «КСИИ» на выдохе — более замедленный, плавный и продолжительный выдох. После того как сеанс закончится — это автоматически прекратится. На экране исчезнут эти два слога, да и сам экран исчезнет.

Меня часто спрашивают: для чего следует так дышать. И я отвечаю, что так необходимо дышать, чтобы войти в состояние транса, лечебного транса. В течение которого происходит, к счастью, саморегуляция организма и выделяются в вашем организме внутренние лекарства, эффективно воздействующие на все системы организма. Во-первых —

60

на сосудистую систему, что приводит к снижению артериального давления, если оно повышено, во-вторых — они нормализуют систему терморегуляции, которая заведует температурой тела, что приводит к нормализации температуры тела на длительный период.

Тот, у кого нарушена мочевая система, ответственная за пробуждение ночью, при первых позывах на мочеиспускание обязан проснуться и открыть глаза, каким бы глубоким сон ни был, встать и сходить в туалет. Причем он будет постоянно просыпаться без всякой посторонней помощи. Будет обязательно так, как говорю я, ибо таково действие лечебного транса.

Я говорю отчетливо, чтобы убедиться в том, что вы меня слушаете — все происходящее внутри вас.

Вы можете спросить меня, а что такое состояние транса. Это промежуточное состояние между сном и бодрствованием, когда человек вроде бы и спит, в то время как он избирательно слышит мой голос, музыку, но не слышит все остальные звуки: шум, доносящийся снаружи, другие голоса, разговоры.

Такая измененность сознания наступает после достижения определенной расслабленности ваших мышц. Этому можно легко научиться. И это может сделать каждый с помощью специально подобранной музыки, мелодий, которые вы будете слушать уже сейчас.

Слуховые сигналы, достигающие вашего мозга, будут всегда видоизменяться в специальные сигналы, направляющиеся в мышцы вашего тела, причем даже в самые мелкие, призывая их к расслаблению. И они обязаны будут расслабиться, подобно воску при нагревании.

И именно в таком состоянии вы получите состояние блаженства, а блаженство — в безделье, когда ничего не хочется делать — не шевелиться, а наоборот — погружаться в состояние покоя, умиротворенности, неги.

Я включаю музыку, и все могут расслабляться.

Вы слушаете музыку и можете начать расслабляться. Каждая последующая мелодия продолжит расслабление до

61

такой глубины, степени, что завершит ваше вхождение в состояние транса.

Кроме того, каждая мысль, приходящая вам в голову, помогает вам все глубже погружаться в состояние транса. Я не знаю, как скоро вы окончательно осознаете, что вы лежите и чувствуете себя уютно, удобно, слушаете звуки моего голоса и начинаете погружаться в глубокий транс не быстрее, чем ваше подсознание пожелает.

С каждым вдохом и выдохом вы продолжаете все глубже погружаться в состояние лечебного транса.

Вы заметили, что не можете открыть глаза.

Плывите по течению своих мыслей.

Обычно после расслабления появляется тепло.

В ногах, в стопах появляется легкое тепло, которое постепенно начинает усиливаться и волнами растекаться по всему телу. Такое состояние вы замечали, когда находились в теплой воде, например, в ванне, и теплая, бархатная, ласковая вода, омывая ваше тело, отдает свое тепло, расслабляя ваши мышцы еще больше. Тепло струится по всем клеточкам вашего организма, навевая сонливость, разморенность, как в полуденный зной в душный день.

Никаких неприятных ощущений вы не наблюдаете. Ничто не волнует, не тревожит, не беспокоит. Очень хорошо и приятно в таком состоянии, когда отдыхает мозг, отдыхает нервная система, отдыхает и набирается сил весь организм.

В таком состоянии начинают исчезать внутренние зажимы, которые считают причиной многих заболеваний. Изменяется баланс всех систем организма в сторону нормализации. Так — нарушенный теплообмен организма, который является причиной повышенной температуры тела в виде длительного субфебрилитета, нормализуется, и температура тела становится нормальной. Те, у кого повышенное артериальное давление, — оно снизится и придет в норму. Те, кто страдает ночным недержанием мочи, — полностью излечатся. В этом вам поможет зрительная память. Когда ваш мочевой пузырь наполнится ночью, вам приснится спящий ребенок, который просыпается при пер-

62

вых позывах переполненного мочевого пузыря. И вы одновременно с этим ребенком проснетесь, откроете глаза и пойдете в туалет, и утром постель будет сухая. Будет обязательно так, как говорю я, ибо таково действие транса, лечебного транса.

В результате проведенного лечения у вас появится еще лучшая сосредоточенность при выполнении классных и домашних заданий. Вы сможете легко сконцентрироваться на выполнении любого задания. У каждого из вас значительно улучшится память, запоминание учебного материала. Вы сможете быстро и успешно решать любые задания, сразу приступить к выполнению любых заданий. В этом значительную помощь вам должна оказывать ваша хорошо развитая образная память.

Сразу после пробуждения вы будете чувствовать себя бодрыми, свежими, крепкими, отдохнувшими. Никаких неприятных ощущений: ни головной боли, ни головокружения, ни дрожи в ногах, никаких других неприятных ощущений у вас не будет. Да и не должно быть, так как вы находились в состоянии транса, которое эффективно для нервной системы, для всего организма. Будет обязательно так, как говорю я, ибо таково действие транса, лечебного транса.

Внимательно слушайте мой голос: сейчас я буду считать до 5, и по мере счета вы будете постепенно возвращаться в свое обычное состояние, постепенно выходить из состояния транса, лечебного транса.

Со счетом 5 вы можете открыть глаза, потянуться, встать и пойти в палату.

Я начинаю считать, от вас требуется только внимательно слушать мой голос и выполнять мои указания. Ноль, один, два — голова становится ясной, так как туман постепенно начинает рассеиваться и исчезать. Голова чистая, ясная, три — мышцы тела из расслабленного состояния постепенно превращаются в упругие.

Четыре — ритм дыхания изменяется: теперь вдох становится более медленным, продолжительным, плавным, а выдох — коротким.

63

Экран погас, зрительная связь с экраном исчезла, так как два слога стерлись с экрана. Пять — можно открыть глаза, медленно встать.

Самочувствие великолепное, свежесть в руках и ногах, прекрасное настроение, отличное.

ВТОРОЙ ТЕКСТ

Закройте глаза, удобно устраивайтесь, какова постель, таков и сон.

Сделайте 5 глубоких вдохов, после выдоха немного задержите дыхание и затем — более медленный и продолжительный вдох. А теперь про себя проговаривайте во время вдоха «ПЛИНГ» и во время выдоха «ПЛАНГ». И так на протяжении всего сеанса.

Теперь представьте перед глазами ситуацию, когда вам было очень хорошо, спокойно, приятно и комфортно. Постарайтесь как можно ярче представить, о чем идет речь. Отрадно то, что такие ситуации бывают у каждого, правда, они бывают разные, потому что у каждого своя жизнь, своя судьба. Может быть, вы находитесь на зеленом лугу, лежите на спине и смотрите в голубое небо, и видите, как медленно проплывают пушистые, белые облака; или вы едете в поезде, лежите на верхней полке и мирно спите под мерный стук колес; или даже такая простая ситуация: вы читаете интересную книгу, вы забыли об окружающем, вы увлечены, вы ничего не слышите и не видите вокруг, потому что сконцентрировали все внимание на сюжете книги.

А теперь посмотрите на себя в этой ситуации' со стороны, наподобие зрителя, смотрящего фильм, потому что со стороны виднее. Меньше жмурься — больше увидишь.

Вы видите, что ваше тело приняло удобное положение, руки и ноги как плети, потому что они точно налиты свинцом, потому что свинцовая тяжесть наливает все тело. Вы можете услышать свое дыхание — оно становится замедленным и спокойным. А если хорошо прислушаться, то можно

64

услышать и биение сердца, сердце работает устойчиво — одинаково, ритмично.

Вы насквозь абсолютно спокойны, как зеркальная гладь озера. Вы наполняетесь блаженным покоем, безмятежным покоем, потому что вы находитесь здесь и сейчас в этой комнате.

Вы лежите на кровати и чувствуете, как ваше тело касается кровати. Вы ощущаете, как ваши руки лежат вдоль туловища или на туловище и касаются кровати или туловища. Некоторые из вас могут ощущать температуру в этой комнате или температуру вашего лица, что делает ваше состояние еще более спокойным и уютным.

Сейчас я включаю музыку, специально подобранные мелодии, которые обладают свойством независимо от вашей воли, вашего желания проводить расслабление мышц. Первыми расслабляются мышцы ног: стопы, голени, бедра; затем рук: кисти, предплечья, плечи; затем мышцы живота, грудной клетки, шеи и мышцы лица. Все лицо разгладилось. Мышцы расслабились, удлиннились, стали мягкие, как кисель или студень.

Обычно после тяжести в мышцах начинает появляться тепло. В ногах, стопах появляется тепло, оно усиливается, и вместе с током крови приятное тепло начинает растекаться по всему телу. Такое состояние, будто вы находитесь в ванне с теплой водой, и вы можете даже видеть эту белоснежную ванну, видеть прозрачность воды, почувствовать тепло этой воды, а некоторые — и слышать звуки капель из-под плохо закрытого крана.

Вы можете постоянно ощущать тепло этой воды, а от него мышцы становятся еще более податливыми и мягкими, они становятся как студень, как воск при нагревании, как оконная замазка, как мягкий асфальт в теплый солнечный день. Сейчас уровень расслабленности мышц достигает такой степени, что вы можете входить в состояние транса самостоятельно, без моей помощи.

Каждый погружается в транс по-своему, потому что в голове появляется легкий туман, он усиливается. Густой и

5-5574

65

плотный туман заполняет всю голову, и вы как бы куда-то проваливаетесь. Вы можете отключаться, но не полностью, должен остаться постоянный контакт с музыкой и с моим голосом, когда бы я ни заговорил.

Дыхание ровное, равномерное, спокойное, тоны сердца бьются спокойно, ритмично. Ничто не волнует, не тревожит, не беспокоит.

А теперь обратите внимание на вашу правую руку. Мне интересно было бы знать, чувствуете ли вы, что она становится легче, легче пушиночки. Попробуйте вдохнуть глубже и обратите внимание, что происходит с вашей правой рукой. Возникает ощущение, что рука стала намного легче, потому что при вдохе ваша грудь поднимает и подтягивает вашу правую руку вверх.

Очень хорошо, отлично.

Отрадно то, что только в состоянии транса происходит выделение внутренних лекарств, у каждого свои лекарства, потому что у каждого свое заболевание.

Эти лекарства воздействуют на все системы организма.

Выход из состояния транса из первого текста.

ТРЕТИЙ ТЕКСТ

В начале сеанса дается объяснение того, как будет проходить сеанс:

Введение в транс состоит из нескольких этапов.

Первый этап: Вы должны несколько минут пристально смотреть на картину (*на стене висит сюрреалистическая картина с наличием различных цветов*), где нарисовано ярко-красное пламя с желтым оттенком, с тем чтобы вспомнить этот цвет, когда вы, закрыв глаза, представите, что находитесь у костра. Вы сможете не только увидеть цвет пламени, но и почувствовать тепло на своем лице, ощутить запах дыма, а некоторые — услышать, как потрескивают сучья в костре.

66

Второй этап состоит из трех дыхательных циклов. Каждый цикл состоит из глубокого вдоха на счет 1,2,3 (счет про себя), задержке дыхания на счет 1, 2, 3 и выдоха: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (так как выдох длиннее вдоха).

Третий этап — будет включена музыка; специально подобранные мелодии обладают свойством расслаблять мышцы.

Итак, даю 10 секунд на картину (запомните цвета пламени: красный, желтый и розовый).

А теперь закройте глаза, удобно устраивайтесь, как вам удобно.

Во время сеанса можно менять позу как вам нравится.

Представьте себе, что вы сидите у костра на берегу реки или в лесу. Посмотрите на ярко-красное

пламя с желтым оттенком, почувствуйте запах дыма, ощутите тепло на лице от костра и услышите, как трещат сучья в костре. Хорошо, отлично.

А теперь переходим к трем дыхательным циклам.

...И теперь дыхание успокаивается и становится медленным, ритмичным, спокойным как всегда в покое.

Теперь начинайте на вдохе произносить про себя: «СО...» и на выдохе «КСИИ...» и «relax». Это вы будете выполнять до конца сеанса, когда же сеанс закончится, этого делать не надо.

Вы находитесь здесь и сейчас. В этой затемненной и теплой комнате. Лежите на кровати и чувствуете, как тело касается кровати, руки лежат вдоль туловища или как-либо иначе, и вы можете почувствовать, что руки касаются либо кровати, либо туловища, и все слышите мой голос, и от всего этого становится спокойно и приятно. И теперь легко представить перед собой большое зеркало на всю стену. И если вы посмотрите в это зеркало, то увидите себя, увидите ту удобную позу, которую вы выбрали, и вы заметите, что дыхание замедлилось и стало медленным, ритмичным, спокойным, потому что ничто не волнует, не беспокоит. Интересно, что некоторые из вас могут ощу-

5*

67

тить биение сердца, которое бьется медленно и ритмично, спокойно.

А теперь опять переходим ко второму этапу. К трем дыхательным циклам.

Отлично, хорошо, а теперь третий этап — музыкальный, включаю музыку, которая расслабляет мышцы, начинаю с пальцев ног, голени, бедер; руки — кисти, предплечья, плечи, мышцы живота, грудной клетки, шеи и мышцы лица. Лицо как бы разгладилось и стало плоским, как поверхность стола или зеркальная гладь озера, потому что удлинлись мышцы, удлинлись и стали мягкими, податливыми, как кисель или студень.

А теперь можно опустить ноги в глубокий таз с теплой водой. Постарайтесь почувствовать это тепло, бархатность воды, которая распространяется по всему телу. Тепло достигает головы, и у вас возникают ощущения, которые вы неоднократно испытывали тогда, когда находились в теплой ванне. Постарайтесь вспомнить эту приятную теплую воду. Отлично, хорошо. А теперь посмотрите на белые стенки ванной, переведите взгляд на потолок, взгляните на ваше полотенце — белое или разноцветное.

Услышите звуки капель из-под плохо закрытого крана так, как слышите музыку и мой голос. А капля камень точит, и таится в каждой капле — море.

Все подвластно времени, а время не подвластно никому. И вот наступило время, когда каждый может входить в состояние транса, лечебного транса, когда организм начинает вырабатывать мощные эффективные лекарства, потому что в голове появляется легкий туман, который заполняет всю голову, и вы как бы куда-то проваливаетесь, отключаетесь, сеанс закончится — включитесь вновь. И с этой секунды у того, кто находится в состоянии транса, начинают выделяться и образовываться мощные и эффективные внутренние лекарства — у каждого свои, так как у каждого свое заболевание.

Первый вид лекарств эффективен у больных с ночным энурезом. Под их воздействием переполненный мочевой пу-

68

зырь обязательно даст сигнал в головной мозг и разбудит — так, как он делает в дневное время суток при желании идти в туалет. И вы обязательно проснетесь, встанете, откроете глаза и пойдете в туалет, вернетесь, ляжете, заснете, и утром будет сухая, приятная, комфортная постель. Либо у некоторых лекарство воздействует на сфинктер, жом мочевого пузыря, который может держать мочу до утра.

Второй вид лекарств не менее мощных и эффективных нормализует систему теплообмена и терморегуляции. И поэтому температура тела будет постоянно нормальной, у кого она повышалась до субфебрильных цифр.

Третий вид лекарств расслабляет мышцы шеи, улучшает кровообращение головного мозга; исчезают головные боли, полностью исчезают. И т. д.

Будет обязательно так, как говорю я, ибо таково действие лечебного транса.

Сейчас я буду считать до 7, когда назову цифру 7, вы откроете глаза, кто спал, тот проснется.

Ноль.

Один — выработалось и выделилось достаточно эффективных лекарств у каждого. Они в десятки раз эффективнее таблеток, порошков, микстур, потому что организм знает, каких и сколько

следует выработать и выделить лекарств для эффективного лечения.

Два — после сеанса великолепное настроение, спокойствие, уравновешенность и доброжелательное отношение к окружающим.

Три — туман из головы постепенно начинает рассеиваться и исчезать. Голова чистая, ясная.

Четыре, пять — вот и мышцы начинают приобретать нормальный тонус и начинается постепенный выход из состояния транса.

Шесть. И, наконец, семь — можно открыть глаза, кто спал, тот проснется. Полежите несколько минут, и можно идти в палаты.

69

ЧЕТВЕРТЫЙ ТЕКСТ

Устраивайтесь поудобней. Закройте глаза.

Сделайте 20 глубоких вдохов и выдохов, с полным выдохом — «до дна».

Отлично, хорошо, молодцы. И теперь дыхание успокаивается и становится медленным, ритмичным, спокойным, как всегда в покое.

И теперь на вдохе про себя начинайте произносить: «СОО» и на выдохе «КСИИ» и в промежутке между вдохом и выдохом «relax», более медленно, плавно и продолжительно.

Это вы будете выполнять на протяжении всего сеанса, а когда сеанс закончится, это автоматически прекратится.

А теперь будем рисовать перед глазами различные геометрические фигуры небольших размеров: треугольник, круг, квадрат, пятиконечную звезду, шестиугольник. А сейчас будем раскрашивать их в различные цвета:

- треугольник — в зеленый (наиболее распространенный цвет летом — зеленая трава, зеленые листья на деревьях),
- круг — в желтый (желтый подсолнух, желтое солнце, желтый песок и т. д.),
- квадрат — в розовый (розовые розы),
- звезду — в ярко-красный цвет (рубиновая красная звезда и т. д.),
- шестиугольник — в синий, голубой цвет (ярко-голубое небо, когда на нем нет ни облачка).

Отлично, молодцы.

Вы находитесь здесь и сейчас, в этой комнате, лежите на кровати и чувствуете, что тело касается кровати. Руки лежат вдоль туловища или на туловище, и вы можете почувствовать, что руки касаются либо кровати, либо туловища. И вы слышите мой голос и представляете большое круглое зеркало, и себя видите в зеркале, видите, что ваше тело приняло удобное положение и руки и ноги как плети, они

70

точно налиты свинцом, потому что свинцовая тяжесть разливается во всем теле.

А теперь включаю музыку, мелодии которой расслабляют мышцы еще больше, начиная с пальцев ног, затем голени, бедра; мышцы рук; кисти, предплечья, плечи; мышцы живота, грудной клетки, шеи и мышцы лица.

Лицо как бы разгладилось и стало плоским, как поверхность стола или зеркальная гладь озера, потому что удлинились мышцы, удлинились и стали мягкими и податливыми, как кисель или студень.

А теперь пришло время опустить ноги в глубокий таз с теплой водой и почувствовать, как приятное тепло начинает от ног растекаться по всему телу.

Наконец оно достигает головы, и возникают воспоминания тех ощущений, которые вы испытывали, когда находились в теплой ванне.

Постарайтесь вспомнить ощущение теплой, бархатной воды, которая окружала ваше тело в ванне. Отлично, хорошо.

А теперь посмотрите на белые стенки ванны, не открывая глаз, медленно, медленно переведите взгляд на потолок, взгляните на ваше полотенце — белое или цветное. Как говорится, один раз лучше увидеть, чем семь раз услышать.

Постарайтесь услышать звуки капель из-под плохо закрытого крана в ванне. А капля камень точит, говорит известная русская пословица, и таится в каждой капле море — так сказал древний мудрец. Все подвластно времени, а время не подвластно никому. И вот настало то время, когда можно входить в состояние транса, потому что в голове появляется легкий туман, туман все увеличивается — все больше и больше, густой и плотный, белый туман заполняет всю голову, и вы как бы куда-то проваливаетесь, отключаетесь. Сеанс закончится — включитесь вновь. И в эту секунду организм начинает выделять собственные, внутренние лекарства, которые в десятки раз

эффективнее таблеток, порошков, микстур и т. д.

71

ПЯТЫЙ ТЕКСТ

(для лечения ожирения)

Закройте глаза, удобно устраивайтесь, какова постель, таков и сон.

Сделайте 5 глубоких вдохов, после выдоха немножко задержите дыхание и затем — более медленный и продолжительный вдох.

Теперь представьте перед глазами ситуацию, когда вам было очень хорошо, спокойно, приятно, комфортно. Постарайтесь как можно ярче представить, о чем идет речь. Отрадно то, что такие ситуации бывают у каждого, правда, они бывают разные, потому что у каждого своя жизнь, своя судьба. Может быть, вы находитесь на зеленом лугу, лежите на спине и смотрите в голубое небо, видите, как проплывают пушистые, белые облака; или вы едете в поезде, лежите на верхней полке, мирно спите под мерный стук колес; или даже такая простая детская ситуация: вы читаете интересную книгу, вы забыли об окружающем, вы увлечены, вы ничего не видите и не слышите вокруг, потому что сконцентрировали все внимание на сюжете книги.

А теперь посмотрите на себя в этой ситуации со стороны, наподобие зрителя, смотрящего фильм, потому что со стороны виднее. Меньше жмурься — больше увидишь.

Вы видите, что ваше тело приняло удобное положение, руки и ноги как плети, потому что они точно налиты свинцом, свинцовая тяжесть разливается во всем теле. Вы можете услышать свое дыхание — оно становится замедленным и спокойным. А если хорошо прислушаться, то можно услышать и биение сердца, сердце работает устойчиво, одинаково, ритмично. Вы абсолютно спокойны, как зеркальная гладь озера.

Вы наполняетесь блаженным покоем, безмятежным покоем, потому что вы находитесь здесь и сейчас в этой комнате. Вы лежите на кровати и чувствуете, как ваше тело касается кровати. Вы ощущаете, как ваши руки лежат вдоль туловища. Некоторые из вас могут ощущать температуру в

72

этой комнате или температуру вашего лица, что делает ваше состояние еще более спокойным и уютным.

Сейчас я включаю музыку. Специально подобранные мелодии, которые обладают свойством независимо от вашей воли, вашего желания, проводить расслабление мышц. Первыми расслабляются мышцы ног: стопы, голени, бедра; затем рук: кисти, предплечья, плечи; затем мышцы живота, грудной клетки, шеи и мышцы лица. Все лицо разгладилось, мышцы расслабились, потому что удлинились, стали мягкие, как кисель.

Обычно после тяжести в мышцах появляется тепло. В ногах, стопах появляется тепло, оно усиливается, и вместе с током крови приятное тепло начинает растекаться по всему телу. Такое состояние, как будто вы находитесь в ванне с теплой водой, и вы можете даже видеть эту белоснежную ванну, видеть прозрачность воды, ощущать тепло этой воды, а некоторые и слышать звуки капель из-под плохо закрытого крана.

Вы можете постоянно ощущать тепло этой воды, а от него мышцы становятся еще более податливыми и мягкими, они становятся как студень, как воск при нагревании, как оконная замазка или как мягкий асфальт в солнечный, теплый день. Сейчас уровень расслабленности мышц достигает такой степени, что вы можете входить в состояние транса самостоятельно, без моей помощи.

Каждый погружается в транс по-своему, потому что в голове появляется легкий туман, он усиливается все больше и больше. Густой и плотный туман заполняет всю голову, и вы как будто куда-то проваливаетесь. Вы можете отключаться, но не полностью, потому что должен остаться постоянный контакт с музыкой и с моим голосом, когда бы я ни заговорил. Дыхание ровное, равномерное, спокойное, сердце бьется спокойно, ритмично. Ничто не волнует, не тревожит, не беспокоит.

А теперь обратите внимание на свою правую руку. Мне интересно было бы знать, становится ли она легче, чувствуете ли вы, что она становится легче пушиночки. Попробуй-

73

те вздохнуть глубже и обратите внимание, что происходит с вашей правой рукой. Возникает ощущение, что рука стала намного легче, потому что при вдохе ваша грудь поднимает и подтягивает вашу правую руку вверх. Очень хорошо, отлично.

Отрадно то, что только в состоянии транса происходит выделение внутренних лекарств, у каждого свои лекарства, потому что у каждого свои заболевания.

Эти лекарства воздействуют на все системы организма.

Лечебный транс обладает свойством усиливать обмен веществ. Под колоссальной силой жизни во всем теле лишний жир сгорает, сгорает до полного исчезновения.

Вы сможете постоянно контролировать свою еду, не позволите себе есть лишнего, будете кушать не больше, чем нужно телу для поддержания интенсивной, энергичной жизни. Вы сможете сильнейшей лютой ненавистью ненавидеть переедание и раз и навсегда запретить себе есть лишнюю пищу, и никакая сила не сможет заставить вас съесть то, что вы считаете не нужным. Вы не съедите ни одной лишней ложки, ни одного лишнего кусочка. Потому что лечебный транс обеспечит вас сильной волей, и вы сможете контролировать свою еду и не кушать лишнего. Вы будете обладать сильным самоконтролем. Вы сможете ярко, твердо помнить о том, что всегда следует контролировать свою еду и ничего лишнего не кушать.

Вы сможете ярко и отчетливо чувствовать потребности своего организма и всегда точно знать, сколько нужно скушать для здоровой, энергичной жизни. Вы должны есть, чтобы жить, но не жить ради того, чтобы есть, только есть.

И что интересно, для всего того, что я вам говорил, не потребуется никаких усилий, желаний, стремлений, потому что, во-первых, лечебный транс имеет свойство подавлять так называемый пищевой рефлекс, от которого зависит ваш аппетит. Никакого постоянного желания кушать, полное отсутствие аппетита.

Во-вторых, лечебный транс обладает свойством вызывать потребность, неодолимую потребность в движении, в

74

выполнении физических упражнений, причем потребность выражается в наслаждении при выполнении различных физических упражнений ежедневно.

ШЕСТОЙ ТЕКСТ

Хорошо, устраивайтесь поудобнее, и я предложу вам сделать упражнение. Который час? Хорошо, времени у нас достаточно. Все-таки располагайте временем, для того чтобы обрести контакт всего вашего тела с кроватью, вашей одеждой, пока вы спокойно... располагаете временем, чтобы позволить возникнуть внутри вас воспоминанию о приятном воспоминании... воспоминании, которое вы приятно вспоминаете.

Например, вызывая приятные... образы, в то время как вы уже, возможно, удобно... расположились у себя в саду. В то время как возникают различные приятные образы, вас не беспокоят возможные шумы, какими бы они ни были, но вы можете, конечно же, все слышать.

Вы можете слушать все, что я вам говорю, или не слушать, это неважно, в любом случае вы знаете, что можно слушать не слушая или не слушать слушая.

Вы знаете, что расслабиться в постели легко, но закроются ли ваши глаза до или после возникновения приятного воспоминания...

Главное не стремиться расслабиться. Хорошо. Позволяя прийти этим приятным... воспоминаниям, возможно, некоторое расслабление наступит спокойно... вскоре или сейчас.

Я не знаю, являются ли те образы, которые к вам приходят, приятными... цветами или спокойными звуками, или знакомыми и умиротворяющими формами, или приятными... запахами, или это просто простые приятные ощущения расслабления... или что-то другое... или ничего из этого.

Хорошо. В то время как вы удобно сидите, и я говорю с вами, и все в порядке, вы разрешаете всплывать воспоминаниям о вашем саде.

75

Я предлагаю вам позволить всплыть воспоминаниям о дереве в вашем саду прекрасным летним днем, позволить прийти воспоминанию о его форме, о его красках и, может быть, даже воспоминанию о небе, или об окружающей растительности, или о другой части этого дерева, которое вы хорошо знаете.

Я не знаю, возникнут ли детали, относящиеся к ветвям или стволу этого дерева.

Располагайте спокойно... всем необходимым вам временем, чтобы позволить части вас самой создать с помощью тех ресурсов, которыми вы обладаете... эти приятные образы...

Находясь в своем саду, располагайте временем, чтобы теперь позволить вернуться, если вы хотите, этому же дереву весной. Может быть, вы уже можете видеть почки или цветы. Если к вам приходит воспоминание о цветах, я не знаю, каков их цвет и форма.

Может быть, вы даже можете видеть изменения, которые возникают в вашем саду на основе всех возможностей, имеющих здесь и сейчас.

Может быть, вы можете слышать пение птиц или другие звуки, которые узнаете, и может быть, вы

даже можете почувствовать приятное прикосновение лучей солнца к лицу, или ласку ветерка или другие ощущения. Иногда можно вспомнить запахи.

За весной следует лето, и приходят приятные... образы. Теперь это дерево находится в полной силе благодаря разворачиванию своих внутренних возможностей.

Некоторые образы иногда очень реальны — с красками, с конкретными звуками. •

Иногда приятные... ощущения солнца сопровождаются запахами. Образы сменяются другими приятными... образами. Иногда легко понять, почему за одним воспоминанием следует какое-то другое; иногда это нелегко понять.

Важно просто предоставить возможность всему происходить... предоставить возможность части вас... самой осуществить работу... которая может состоять в том, чтобы позволить прийти приятным... образам.

76

Как вы и предполагаете, я предлагаю вам сейчас дать возможность прийти образам осени, может быть, обращая внимание на все происходящие изменения.

Позвольте вашему саду измениться, обратите эти приятные цветы, которые сейчас появляются, предоставьте части вас самого найти воспоминания, характерные для этого времени года.

Это упражнение позволяет другой части вас осуществить работу... чтобы разместить по местам... все, что необходимо... чтобы принести изменения... Я не знаю, каковы изменения, которые происходят... но ваше бессознательное прекрасно знает, что нужно изменить... так что предоставим ему работать... в течение всего времени, которое ему необходимо, чтобы найти то, что позволит... достичь... этого изменения. Когда образы осени придут, и когда часть вас... сама осуществит всю полезную работу.

Спокойно продолжайте выполнять это упражнение, в ходе которого ваше бессознательное осуществляет работу, продолжающуюся в течение дней, недель, месяцев и лет.

Я не знаю, будете ли вы выполнять все, что я сказал, или все забудете, только это неважно.

Располагайте всем необходимым временем, чтобы позволить мышечному тонусу приятным образом восстановиться, давая прийти приятному ощущению отдыха.

Хорошо. Который час?

Хорошо, времени у нас достаточно.

СЕДЬМОЙ ТЕКСТ (по Элману)

Техника Элмана заключается в том, что с ее помощью состояние транса возникает почти мгновенно путем создания диссоциации между сознательным умом и подсознанием.

В элмановском гипнозе гипнотерапевт говорит: «Закройте глаза и притворитесь, что вы не можете их открыть, прекрасно понимая, что можете». *По Элману, создание такого парадокса мгновенно вызывает условия, в кото-*

77

рых может возникнуть гипноз. Элман также изобрел оригинальный подход, чтобы клиент закрыл глаза: «Закройте глаза и притворитесь, что вы не можете их открыть. Продолжайте притворяться, и пока вы притворяетесь, попытайтесь открыть глаза. Вы обнаружите, что это невозможно, если вы сконцентрируетесь на том, чтобы притворяться».

Таким образом, мы получили закрытые глаза, не используя методы фиксации взгляда, монотонности, ритма, имитации или левитации. Это может быть сделано мгновенно. Итак, *текст Элмана.*

Закройте глаза и притворитесь, что вы не можете открыть их, хотя прекрасно понимаете, что можете.

Сделайте медленно глубокий вдох и на несколько секунд задержите дыхание.

И пока вы выдыхаете воздух, позвольте своим глазам закрыться.

Просто позвольте вашему телу расслабиться, насколько возможно, прямо сейчас.

Теперь поместите свое сознание в мышцы ваших глаз, и расслабьте мышцы вокруг глаз до такой степени, что они не будут работать. Когда вы будете уверены, что они так расслаблены, что не будут работать, пока вы будете сохранять расслабление... сохраняя расслабление, проверьте мышцы глаз... убедитесь, что они не работают. Я хочу, чтобы такое расслабление появилось у вас во всем теле целиком. Поэтому позвольте расслаблению распространиться по всему вашему телу, от верхней части головы до кончиков пальцев на ногах.

Теперь мы еще больше можем углубить это расслабление. Я хочу, чтобы через минуту вы открыли и опять закрыли свои глаза.

Когда вы откроете глаза, это будет ваш сигнал, он позволит этому чувству расслабления стать в 10

раз глубже. Отлично, теперь откройте глаза. Теперь закройте глаза и почувствуйте, как расслабление расплывается по всему ва-

78

шему телу, унося вас глубже и глубже. Используйте свое удивительное воображение и вообразите, что все ваше тело покрыто и укутано в теплое одеяло расслабления. Это полное физическое расслабление. Я хочу, чтобы вы знали, что есть два направления, в которых может идти расслабление. Вы можете расслабиться физически, и вы можете расслабиться умственно. Вы уже доказали, что можете расслабиться физически. Теперь позвольте мне показать, как расслабиться умственно.

Через одну минуту я попрошу вас начать медленно и вслух начать обратный отчет от 100. Вот секрет умственного расслабления. С каждым номером, который вы произносите, удваивайте свое расслабление. С каждым номером, который вы произносите, позвольте вашему сознанию расслабляться в двойном размере. Теперь, если вы будете делать это, к тому моменту, когда вы дойдете до номера 98, а может быть, даже раньше, ваш ум, сознание станет таким расслабленным, что вы растворите остальные номера, которые будут идти после 98, прямо из своего сознания. И больше не будет никаких номеров.

Теперь говорите первый номер, 100, и удвойте свое умственное расслабление и позвольте этим номером начать постепенно растворяться... 99. Глубже расслаблены. Они уйдут, если вы пожелаете того. Глубже расслаблены. Теперь они должны будут уйти. Разгоняйте их. Рассеивайте их. Удалите их прочь. Они уже все ушли. Номера уже все ушли?

САМОГИПНОЗ

Войти в состояние гипнотического транса можно не только с помощью гипнолога, но и самостоятельно. Хотя существует мнение, что имеются различия между гипнотическим воздействием гипнолога и самогипнозом, однако большинство ученых считают, что все виды гипноза — это не что иное, как самогипноз. Гипнотерапевт может лишь помочь войти в транс, но ситуацию контролирует сам пациент, и это его гипноз.

79

Такие методики психической саморегуляции, как аутогенная тренировка, медитация, имаготерапия и многие другие, в результате которых возникает трансовое состояние, можно обозначить как особую форму самогипноза. Самогипноз является мощным антистрессовым средством, он помогает преодолевать тревогу, страх, снимает внутреннее напряжение и заставляет ощущать себя более сильным, уверенным в себе человеком.

Самогипноз используется при различных психосоматических заболеваниях: аллергии, бронхиальной астме, гипертонической болезни, головной боли, кожных заболеваниях, а также различных фобиях, например, при боязни воздушного транспорта. Самогипноз способствует развитию физических, психологических и творческих способностей человека, улучшению спортивных достижений. Это обусловлено тем, что в состоянии самогипноза можно вызывать физические, химические, психологические и эмоциональные изменения в организме.

Существует мнение, что самогипноз может оказывать значительную дополнительную помощь в программировании мозга на самолечение, что с помощью нейрохимических процессов разум воздействует на иммунную систему, а следовательно можно добиваться нормализации иммунологического статуса.

В одном из последних научных исследований было убедительно показано, что занятия самогипнозом позволили значительно снизить количество сердечно-сосудистых заболеваний у руководящих сотрудников, которые были подвержены стрессовым нагрузкам.

Как показали исследования, самогипноз благотворно воздействует практически на любого, и как считает известный психотерапевт: «Гипноз — мощное лечебное средство, но абсолютно безопасное в рамках самотерапии». Однако на наш взгляд, заниматься самогипнозом следует только тогда, когда терапевт или педиатр дает на это добро. Бывают заболевания (например, онкологические), когда временное улучшение лечения с помощью самогипно-

80

за может исказить картину болезни, что в итоге навредит больному.

Несмотря на то, что в ряде книг по самогипнозу, опубликованных в нашей стране (в основном переводных), приводятся методики по самостоятельному овладению самогипнозом, мы рекомендуем все же обратиться к специалисту-гипнотерапевту. Последний проведет несколько сеансов гипноза и введет в подсознание сигнальную формулу — содержание приказа по определенному коду, позволяющему перейти в гипнотическое состояние. После нескольких

сеансов можно будет приступить к самогипнозу.

Чтобы добиться самогипноза, при тренировке под гипнозом не обязательно получать у пациента средний или глубокий транс. Одним техника самогипноза дается быстро, другим нужно время. Состояние самогипноза не является самоцелью. Главное — это специальные формулы внушения, которые даются индивидуально каждому пациенту. Внушения легче проникают в подсознание, если придать им живую образность. Так как воображение и образное мышление тесно связаны с подсознанием, то их называют «языком» подсознания. Формулируются внушения только в позитивной форме.

Самогипноз можно проводить с помощью магнитофонной кассеты. На магнитофонную кассету наговаривается текст со специальными формулами внушений и пациент в удобное для него время в домашних условиях прослушивает этот текст. Один из этих текстов мы приведем ниже в качестве примера.

В занятиях самогипнозом не столь важна продолжительность сеансов, сколько их ежедневное, регулярное повторение. Для занятий самогипнозом следует выбрать тихое, укромное место. Лучше лежать, но можно сидеть в кресле, с закрытыми глазами (но можно и с открытыми). Следует принять удобную позу, постараться предельно расслабиться, приглушить освещение. Особое внимание следует уделить глубокому дыханию, так как глубокое дыхание является способом расслабления. Размеренное, глубокое, замедленное

6-5574

81

дыхание запускает в действие «реакцию релаксации». Следует медленно делать вдох через нос и так же медленно выдыхать через рот. Для первых занятий обычно требуется 15 — 20 минут, а затем достаточно 8—10 минут. Самое главное, повторюсь еще раз, — регулярность, потому что эффект приходит не сразу, — требуется определенное время.

Как пример, приведем один из текстов книги М.Б.Алма-на и П.Т.Ламбру (2) «Самогипноз». С нашей точки зрения это один из наиболее удачных текстов, где использованы образное воображение, трюизмы, метафоры, ассоциации и т. д. Перед началом самогипноза следует сесть в кресло, положить руки на подлокотники и расслабиться, либо лечь, снять и распушить стягивающие тело детали одежды. Закрывать глаза. Глубокое дыхание вызывает реакцию расслабления, замедление сердечного ритма, приток крови к конечностям и мышечное расслабление. Это способствует занятию самогипнозом. Поэтому сеанс должен начинаться с глубоких вдохов и выдохов.

Текст самовнушения

«Чтобы еще больше успокоиться и расслабиться, я стану делать глубокие вдохи и выдохи, возможно 3 — 4 полных вдоха и выдоха. При этом я буду пристально следить за различными ощущениями, которые почувствую во время выдоха.

Каждый вдох доставляет свежий воздух, а каждый выдох удаляет использованный. Словно работают кузнечные мехи... и внутрь... идет поток здорового воздуха. Пусть скаж-дым вдохом мне будет все спокойнее, так как я этого хочу... и я чувствую, как с каждым выдохом я избавляюсь от стресса... избавляюсь от тревог... избавляюсь от напряжения, от неприятностей. Так я вижу кипящий чайник, вижу, как из него струей идет пар и сбавляет давление в чайнике. Попробую выдохнуть с присвистом... как кипящий чайник... ненужное... излишнее давление и напряжение.

Чувствую, как расслабляются мышцы во всем теле. Сначала чувство расслабленности охватывает мышцы головы...

82

лица... теперь плечи... спускается вдоль рук... переходит на грудь... Вот охватило всю спину, до пояса. С каждым выдохом я выдыхаю все больше напряжения... выдыхаю свои тревоги... до самого конца.

Я поддерживаю естественное дыхание, спокойное и глубокое... размеренное... Одновременно я мысленно рисую лестницу, любую, какая мне нравится. Возможно, это винтовая лестница... а может быть, та, что я видел(а) в доме друзей... Или, скажем, лестница из какого-нибудь фильма или телевизионной постановки. Вид и форма не имеют значения.

Сейчас я мысленно вообразу ее. Я ясно вижу перила, ковровую дорожку и прочие детали. Это может оказаться лестница из моего детства или вообще только сейчас придуманная мною.

У каждой лестницы свои ступени. Пусть их будет хотя бы 10. Я вижу себя у первой верхней ступеньки. Вот я стою и даже ощущаю окружающие меня запахи и звуки. Снаружи до меня долетают голоса птиц, люди живут своей обычной жизнью... в то самое время, когда я выделил(а) этот отрезок времени для себя... это так естественно.

И если я слышу звук проносящегося мимо автомобиля или летящего над головой самолета... я знаю, что могу вообразить, как я упаковываю в чемодан все мое напряжение... весь мой стресс. И когда мимо проносится машина или летит самолет... я представляю, как я закидываю свой багаж в автомобиль, грузовик, поезд или самолет. И когда я слышу звук удаляющегося транспорта... я знаю, что он увез с собой мое напряжение и мой стресс.

Поэтому через мгновение, еще не сейчас, а через мгновение я начну спускаться по воображаемой лестнице. Я буду считать каждую ступеньку. Я, пожалуй, уже знаю... а, может, даже предчувствую... что по мере счета я буду все больше расслабляться... с каждым шагом мне будет все лучше.

На каждое число я считаю одну ступеньку. Чем больше ступенек, тем ниже я спущусь, тем полнее расслаблюсь и тем приятнее мне будет.

6- **83**

Чувствую ли я, что мои ноги утопают в пышном ворсе ковра, опираюсь ли рукой о перила... чтобы спуск был безопасным... я все время помню о том, что я все больше расслабляюсь... с каждым шагом мне будет все лучше.

Надо подготовиться к началу счета. Вот сейчас я очень ясно вижу перед собой и ощущаю лестницу, чувствую под ногами ступеньку... я готовлюсь.

Сейчас я готов (а) начать... с каждой ступенькой я все больше расслабляюсь, мне все лучше.

10... Первая ступенька вниз по лестнице. Я приятно удивлен(а), обнаружив, что мое напряжение стало еще слабее. В начале любого пути... часто это самое важное... следует расслабиться.

9... Вторая ступенька, я иду, словно на прогулке в чудесный, ясный день. Чем дальше я иду, тем больше позади ступенек, тем полнее чувство комфортного покоя, тем дальше я от тревог и забот.

8... В этом состоянии напряжение ослабевает, а вместо него может появиться ощущение тепла или прохлады. Мне могут помочь самые различные образы: реки... поля... горы. Можно сравнить мою лестницу с одним из этих образов.

7... Я могу увидеть различные цвета. Это может быть цвет лестницы или окраска стен... цвет неба или картины на стене. Цвета могут быть разные, от оттенков серого до темно-синего, не имеет значения, какой оттенок у синего, просто я знаю, что определенные цвета вызывают различные образы... различные ощущения. Серый вызывает ощущение прохладного ветерка, овевающего тело. Ярко-голубой ассоциируется с теплом падающих на меня солнечных лучей.

6... Я уже прошел (прошла) половину спуска. Мне видятся другие цвета. Различаю оттенки зеленого, как трава на лужайке. Представляю разнообразие оттенков красного, розового и желтого цветов. Золотистые, коричневые тона и даже черная или белая краска могут смешаться вместе... в одно цветное пятно или смот-

84

рятся порознь. Смешаются ли краски в цветовой калейдоскоп или останутся каждая сама по себе, мне кажется, что эти цветные образы помогают мне так расслабиться и так от всего отрешиться, как я хочу... Разноцветные радуги... лодочные паруса... картины... и даже воздушные шары. Все больше и больше расслабляюсь.

5... Чем дальше я спускаюсь, тем полнее расслабление, мне так хорошо, я ничего не опасуюсь и знаю, что когда мне захочется еще раз пережить это ощущение, я снова смогу вернуть его. Я знаю, что могу путешествовать, куда пожелаю... в будущее... или в прошлое... в цвете или без него. Новое ощущение появилось в пальцах рук... Это похоже на влажную прохладу... а может, на легкое покалывание или онемение. Вдруг появляется ощущение онемения вокруг рта, словно лица коснулась прохладная речная вода... Это так естественно.

4... Все больше и больше расслабляюсь.

3... Спустился (спустилась) еще ниже. Ощущаю тепло в теле, а может, и прохладу. Эти ощущения пронизывают меня, словно я — часть изображенного на картине или часть пейзажа... Я так живо все вижу... Все это существует только для меня.

2... Вот я почти у цели.

1... Я расслабился(лась) еще больше. Полной грудью делаю глубокий вдох и чувствую себя как никогда спо-койным(ой) и расслабленным(ой)... словно я... Я добрался (добралась) до тихой пристани. Возможно, мне мысленно представится еще более укромное местечко.

Перед глазами появляются разные фигуры... круги... треугольники или квадраты. Я даже могу их раскрасить. Раскрашиваю круг или треугольник. Является ли этот круг древнейшим изображением меня самого (самой) или поддерживающей меня опорой, действительно ли я вижу мысленным взором, как изменяются цвета и чуть-чуть формы фигур, все равно все это существует... оно

здесь... под ру-

85

кой... и лечит меня... уже только тем, что существует рядом со мной.

Я воспользуюсь своим мысленным взором, чтобы увидеть те перемены, которые внушаю себе. Когда я буду к этому готов(а), я сделаю пару глубоких вдохов... и выдохов... и почувствую в теле легкость или тяжесть. Я могу заметить, как легко стало рукам... вот моя левая... а может, правая рука становится все легче, кажется, она сейчас поплывет... как листок... в безопасности... отдавшись на волю природы... вот еще немного... спокойно... уверенно... Живой, расправившийся листок... в потоке.

Может показаться, что к руке привязаны воздушные шарики... наполненные гелием цветные шарики из далекого детства. Они делают мою руку почти невесомой. Кажется, она сама сейчас поднимется вверх... как воздушный шарик.

Могу ли я живо представить шарики? Попробую их мысленно нарисовать. Ясно вижу, какие они яркие и как потихоньку подергивают мою руку за привязанные к ней ниточки. Рука даже может слегка приподняться над коленями или подлокотником. Неважно, насколько она приподнялась. Я только понимаю, что меня охватывает блаженное чувство полного покоя и расслабления.

Буквально через пару минут... я знаю, что смогу произвести в себе изменения... положительные изменения, к которым я стремлюсь. Я почувствую, как таившаяся во мне энергия... начнет подниматься вверх и опускаться вниз, расходясь по всему телу.

Через пару минут, возможно, раньше, чем я ожидаю, я испытаю чувство удовлетворения от осознания того, что я подарил(а) себе чудесный опыт. Я знаю, что в любое время могу снова пережить это состояние покоя и самоконтроля. Достаточно сделать несколько глубоких, спокойных вдохов... и выдохов... и прибегнуть к воображению... полностью включить его в работу... или сперва частично... и вот я вижу перед собой лестницу, делаю несколько глубоких... спокойных вдохов... и выдохов и возвращаюсь в прежнее состояние расслабления.

86

С каждым сеансом мне все легче входить в это состояние. С каждым разом я все полнее расслабляюсь, все лучше ощущаю себя и все надежнее управляю собой. Мне будет все легче входить в это состояние, потому что мне нравится чувство покоя и самоконтроля.

Если мне захочется погрузиться в сон или дремоту... если появится такое желание, я посчитаю от нуля до двадцати или тридцати. Но я могу вернуться в бодрствующее состояние, просто посчитав от нуля до пяти. По мере того, как я называю каждую цифру, я все больше пробуждаюсь, все острее воспринимаю окружающее. 0... 1... 2... 3... очень ровно и постепенно пробуждаюсь... 4... 5... глаза открылись, просыпаюсь бодрым (бодрой) и свежим (свежей).»

В данном тексте отсутствуют специальные формулы внушения, которые для каждого пациента различны и строго индивидуальны. Специальные формулы внушения разрабатывает врач-гипнотерапевт, и он вводит их в канву текста самогипноза.

Оригинальный метод быстрого вхождения в транс предложен Г.Шпигелем, американским психиатром, который заметил, что некоторые внушаемые пациенты во время вхождения в транс закатывают глаза.

1. Сядьте или лягте так, чтобы ваша голова на что-то опиралась.
2. Поднимите глаза вверх, чуть-чуть их напрягая.
3. Сделайте глубокий вдох и задержите дыхание.
4. Через 5 секунд медленно выдохните и опустите веки.
5. Задержите выдох на 5 секунд, затем снова глубоко вдохните, откройте глаза и поднимите их вверх.
6. Задержите вдох на 5 секунд, затем выдохните, медленно закрывая глаза во второй раз.
7. Снова задержите выдох на 5 секунд, затем вдохните, откройте глаза и поднимите их к потолку, задерживая вдох на 5 секунд.

87

8. Медленно закройте глаза во время выдоха и не открывайте их, пока будете концентрироваться на выдохе.
9. Оставайтесь в состоянии глубокого расслабления, осознавая различные ощущения, которые вы будете испытывать. Вы погрузились в транс, полностью отдались течению сознания, мысли приходят и уходят. Внешний мир где-то очень далеко от вас.
10. Через 15 — 20 минут начинайте концентрироваться на вдохах, постепенно переходите в сознательное состояние, откройте глаза.

А вот техника самогипноза для лиц, страдающих бессонницей.

«Лягте поудобнее на кровать. Руки положите вдоль тела, не касаясь его. Ноги должны лежать вытянутыми и также не касаться друг друга.

Расслабьте каждый мускул. Подумайте о каждом мускуле вашего лица и расслабьте его: лоб, щеки, нижнюю челюсть. Прежде всего — не забудьте расслабить мышцы на затылке.

Ваша нижняя челюсть должна находиться в настолько свободном состоянии, чтобы она даже слегка отвисла.

Расслабьте теперь мышцы правой руки, затем левой. Отдохните. Затем сконцентрируйте внимание поочередно на правой ноге и на левой, расслабляя мышцы стоп, икр, бедер. Далее расслабьте мышцы живота и спины.

Старайтесь дышать ритмичнее, чем обычно. При каждом выдохе грудь должна опускаться все ниже и ниже.

Теперь представьте себе, что ваши руки и плечи, ноги, позвонки на спине связаны лентами. Расслабьте эти ленты до предела. Ваше тело начинает медленно уплощаться под собственной тяжестью. Представьте себе, что на кончиках пальцев ваших рук и ног имеются отверстия. Каждый раз, когда вы выдыхаете, через эти отверстия из вашего тела выходит воздух. Тело как бы тает. Состояние расслабления очень приятно.

88

Найдите на потолке какую-либо точку, расположенную на уровне лба. Постарайтесь непрерывно смотреть на нее. Если глаза соскользнут с нее, то немедленно опять направьте их на эту точку.

После непродолжительного времени — самое большое 1 — 2 минуты — глаза начнут моргать, в них появится жжение, начнется незначительное слезоотделение.

Не закрывайте глаза специально. Дождитесь, пока ваши веки закроются сами собой.

Наконец глаза закрываются, появляется ощущение полного покоя и безразличия.»

Глава 6

СЕМЬ ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГИПНОЗУ

Отношение к гипнозу среди населения далеко не однозначное. Иногда это слово ассоциируется с насилием над личностью гипнотизируемого. Возможно, это объясняется тем, что зрители видели и продолжают видеть на эстрадных представлениях гипноза. Существует и ряд других предубеждений относительно гипноза (21).

1. ГИПНОЗ НЕ СУЩЕСТВУЕТ

Многочисленные научные исследования, проведенные в нашей стране и за рубежом, доказывают существование гипнотического или трансового состояния. Хотя и до сих пор ученые не пришли к единому мнению о его сущности.

Существует точка зрения, что гипноз — это не что иное, как частичный сон, неполное торможение коры головного мозга. Причем частичность понимается двояко: с одной стороны, при гипнозе имеется недостаточная глубина торможения, которое задерживается на промежуточных между сном и бодрствованием «гипнотических фазах», с другой — торможение недостаточно распространяется по коре головного мозга. У гипнотизируемого остаются свободные от торможения изолированные островки бодрствования.

Современная точка зрения заключается в том, что гипноз — это измененное, суженное состояние сознания, характеризующееся интенсивной концентрацией внимания. Знаменитый американский психотерапевт Милтон Эрик-сон называл гипноз состоянием с ограниченным фокусом внимания, направленным внутрь.

90

Считают, что человеческий организм испытывает потребность в состоянии транса, так как транс, как и сон, является естественным состоянием человека. В своей обыденной жизни мы легко и по несколько раз в течение дня погружаемся в транс, сами того не замечая: читая ли очень интересную книгу или смотря захватывающую передачу по телевизору, слушая прекрасную музыку.

Люди, подвергающиеся гипнотическому внушению, в состоянии транса всегда, хотя бы частично, осознают состояние, в котором находятся, а на более глубоких стадиях, как и осознанно сновидящие, ощущают свои образы совершенно реальными.

2. ГИПНОЗ - ЭТО НЕСЕРЬЕЗНО,

ОН НЕЭФФЕКТИВЕН

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Такое мнение, по-видимому, сложилось потому, что в свое время врачи, как и при всяком другом

модном методе лечения, пытались лечить гипнозом все заболевания, начиная от облысения и кончая онкологическими заболеваниями. А это обычно дискредитирует любой метод лечения или лекарственное средство. У каждого метода лечения и медикамента имеются свои показания и ограничения.

Как известно, глубоко загипнотизированный испытуемый способен сознательно контролировать большинство своих физиологических функций, например: подавлять аллергические реакции, останавливать кровотечение, вызывать у себя анестезию. К сожалению, такой яркий эффект наблюдается у одного человека из десяти или двадцати. Чаще гипноз дает положительные результаты (если больной поддается гипнозу) при так называемых психосоматических функциональных заболеваниях, например, как: длительный субфебрилитет у детей и подростков, имеющий самостоятельное значение; ночное недержание

91

мочи, первичная артериальная гипертензия, нейрогенная одышка, посттравматическое стрессовое расстройство, синдром хронической утомляемости и др.; а также при устранении вредных привычек: кусание ногтей, вырывание волос на голове и др. Гипноз эффективен при ожирении, кожных заболеваниях — таких, как дерматит, экзема, бородавки и др.

Следует подчеркнуть, что, когда при заболевании уже выявляются органические изменения, метод не приносит желаемых результатов. Это видно на примере гипертонической болезни. Если в начальной стадии у ребенка или взрослого с помощью гипноза можно добиться положительного результата, то на более поздней стадии добиться снижения артериального давления можно только в результате постоянного приема гипотензивного средства.

В научной медицинской литературе не приведено ни одного достоверного случая излечения рака гипнозом. Хотя в ряде случаев гипноз у раковых больных может привести к временному субъективному улучшению. Поэтому гипноз не должен применяться у больных с подозрением на раковое заболевание, с тем чтобы не потерять время для действенного лечения. Однако обучение раковых больных самогипнозу с успехом используют для облегчения страданий от болей, которые часто бывают невыносимыми. Другое дело — использование гипноза для профилактики онкологических заболеваний. Для этого имеются некоторые основания, но требуется проведение специальных исследований по этому вопросу.

Следует отметить, что гипноз есть всего лишь вспомогательная техника, инструмент, и он всегда должен использоваться в контексте профессиональной деятельности. Врачи могут прибегать к гипнозу как к одной из техник лечения, например астмы, бородавок; психологи — как к инструменту для коррекции тревожности, стоматологи — для снижения боли при удалении зубов. Гипноз не должен практиковаться вне рамок чьей-либо профессиональной компетенции.

92

3. ГИПНОЗ ВРЕДЕН,

ТАК КАК ВЫЗЫВАЕТ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ При проведении медицинского гипноза специалистом побочное действие гипноза наблюдаются не часто — в виде головной боли, головокружения после сеанса, а также слабости в ногах. Все это проходит бесследно после соответствующего внушения. Можно сказать, что в руках специалиста, который обследовал больного, знает его особенности, знаком со списком заболеваний, при которых гипноз проводить не рекомендуется, и когда сеанс гипнотерапии проводится под его непосредственным наблюдением, гипноз практически безвреден.

Другое дело эстрадный или телевизионный гипноз, когда гипнотизер не знаком с состоянием здоровья гипнотизируемых, не имеет возможности наблюдения за ними после сеанса, и т. п. Об этом говорилось выше.

4. ГИПНОЗ ОСЛАБЛЯЕТ ВОЛЮ, СНИЖАЕТ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Это утверждение входит в противоречие с многочисленными наблюдениями врачей, которые доказали, что гипноз является средством борьбы с ослабленной волей у курильщиков, алкоголиков и при наличии других вредных привычек. Наоборот, гипноз укрепляет волю, активизирует личность, мобилизует физические и психические резервы организма. Доказано, что под влиянием гипноза не происходит каких-либо структурных изменений личности.

5. С ПОМОЩЬЮ ГИПНОЗА МОЖНО ЗАСТАВИТЬ ЧЕЛОВЕКА ВЫПОЛНЯТЬ НЕБЛАГОВИДНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

По этому поводу проводились специальные исследования с целью выяснить, можно ли с помощью гипноза внушить человеку что-либо недозволенное, противозаконное? Может ли он под гипнозом

раскрыть личную или государ-

93

ственную тайну? Страхи оказались необоснованными. Результаты многочисленных исследований четко показали: внушенное преступление под гипнозом совершить невозможно. Несмотря на то, что в ситуации, определяемой как гипноз, люди могут выполнять те или иные безобидные, необычные действия, они вряд ли примут участие в серьезных или преступных мероприятиях. Если, например, некто способен под гипнозом на сцене залаять как собака, то маловероятно, чтобы он же кого-нибудь ограбил или убил.

6. ОВЛАДЕТЬ ГИПНОЗОМ МОЖЕТ НЕ КАЖДЫЙ

Раньше считали, что гипнотизером может стать тот, кто обладает особыми психофизическими данными. Однако, это далеко не так. Для этого требуется врачебное образование и, естественно, способности, знания и курс обучения. Гипнотерапевт должен быть компетентен в смежных областях медицины: терапии, психиатрии и др., а если работает с детьми — в педиатрии.

7. ЗАГИПНОТИЗИРОВАТЬ МОЖНО КАЖДОГО

Это один из наиболее спорных вопросов гипнотерапии. Различным теориям гипноза присущи различные взгляды на этот счет. К сожалению, существуют негипнабельные люди, подобно тому, как одни обладают музыкальным слухом, а другие нет. Однако многое зависит от искусства гипнотерапевта. М.Эриксон считал, что негипнабельных людей не существует. По нашим данным, при групповой гипнотерапии 25 лет назад гипнабельность у детей школьного возраста составляла около 70%, в настоящее время усовершенствование технологии введения в гипнотический транс (элементы эриксоновского гипноза) позволило увеличить эту цифру до 92%.

Глава 7

ВОЗМОЖНОСТИ

ГИПНОЗА ВЛЕЧЕНИИ

И ИХ ПРЕДЕЛЫ

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ДАННЫЕ

Гипноз оказывает глубокое воздействие на организм в целом (18, 19, 23). Под гипнозом можно замедлить или ускорить дыхание и пульс. Можно воздействовать на выделение желудочного сока, потоотделение, кашель, зевоту, рвоту, чихание, половые функции, менструацию, дефекацию, основной обмен веществ (99, 169).

В 1936 году В.Ф.Зеленин, Ю.В.Каннабих и П.Н.Степанов добивались путем внушения изменений функции тер-орегулирующих центров, вызывали повышение температуры тела на 0,2 — 0,5° С. По мнению W.Dikel и K.Ollness (171), при проведении самогипноза можно вызывать повышение кожной температуры, что может быть, по мнению вторых, показателем гипнабельности. Н.Г.Бизюку удалось в своих исследованиях показать возможность подъема температуры тела путем словесного воздействия — прямого внушения в гипнозе. По мнению автора, различные эмоции и психические переживания, вызванные в состоянии гипноза, могут обусловить повышение или понижение температуры тела.

Известно, что глубокий гипнотический сон сопровождается повышением тонуса парасимпатической иннервации, усилением рефлекса Ашнера, сужением зрачков, склонностью к потливости, расширением сосудов, и т. д.

95

В результате воздействия гипнолога может произойти уменьшение содержания кальция в крови; если внушить, что пациент съел мед, то отмечается увеличение содержания сахара в крови. П.И.Буль (39, 40) описал эффект нормализации АД при гипертензии и гипотензии без соответственно направленных «гипотензивных» и «гипертензивных» внушений. При гипнозе происходит многократное усиление защитных адаптивных и продуктивных функций организма (102, 104, 236 и др.).

Среди всех методов психотерапии гипнотерапию отличает наиболее выраженный и широкий спектр терапевтической активности, несомненно, сопряженный с биологическим компонентом ее действия (114). Автор провел анализ литературы, посвященный биологическим механизмам гипнотерапии, и выявил две основные тенденции: первая — позитивный клинический эффект гипнотерапии с позитивными сдвигами показателей крови, иммунологическими показателями, гормонами — при бронхиальной астме, аллергии, псориазе, гипертонической болезни, гемофилии, афтозном стоматите, в случаях физического и психологического стресса и др. Вторая тенденция — большинство изученных работ носит прикладной характер: воздействие на изучаемые показатели характеристик внушаемых в гипнозе эмоций, состояний и переживаний, то есть

психомодулирующие и психосоматические влияния. При значительном улучшении состояния в результате гипнотерапии происходит оптимизация обмена холестерина, билирубина, белков, интеграция системы гуморального иммунитета, однако в целом структурных качественных перемен не происходит.

В процессе гипнотерапии реализуются как минимум два терапевтических механизма. Первый является механизмом *гипногенного эустресса*, терапевтический эффект которого характеризуется существенной активацией целесообразной биологической саморегуляции организма. Он по своей сути неотделим от наличия гипнотического состояния и может быть понят как эндогенный механизм

96

гипнотерапии. Второй механизм носит универсальный характер. Он основан на глобальной взаимосвязи психики и тела, на прямых и обратных психосоматических взаимоотношениях.

По Тукаеву (114), частная ситуация в гипнотерапии является почти полным подобием общепсихиатрической. Биологические механизмы гипнотерапии в подавляющем большинстве случаев понимаются как психомодулятивные механизмы суггестии (независимо от формы последних).

Гипноз — это не панацея, не средство от всех болезней. Это альтернативная терапия, которую можно применять параллельно с обычным лечением, при ряде заболеваний он с большим эффектом используется самостоятельно, может применяться в дополнение к конкретному курсу лечения (43, 94, 95, 194, 198, 203, 204, 220, 223, 237, 247, 311, 323, 333).

Лечебное внушение в гипнотическом состоянии может быть:

- 1) общим,
- 2) центрированным на конкретные симптомы или причину заболевания,
- 3) опосредованным или косвенным,
- 4) направленным на вытесненное отреагирование.

Необходимо подчеркнуть, что сам по себе гипноз не является лечением, но пребывание в нем часто успокаивает и в целом оказывается полезным.

Французский гипнолог Шерток (122) выявил некоторую связь между отдельными заболеваниями и степенью внушаемости. Так, например, почти все юноши и взрослые с ночным недержанием мочи восприимчивы к гипнозу. В меньшей степени это относится к больным бронхиальной астмой.

Гипноз — очень мощный терапевтический инструмент, который может приносить как пользу, так и вред. Гипноз, как любая медицинская техника и лекарство, может быть неправильно использован, и это может быть опасным. Об этом более подробно говорится в соответствующей главе.

7-5574

97

Поэтому различают медицинский гипноз, который используется для решения медицинских проблем и гипноз сценический, эстрадный, рассчитанный только на развлечение.

Гипноз представляет собой уникальный исследовательский метод. С его помощью моделируются различные психосоматические эффекты, невротические симптомы, эмоциональные состояния, изменения отдельных психических процессов (внимания, памяти, мышления, актов творчества и т. д.) (12, 13, 22).

Медицинский гипноз должен занять достойное место в ряду таких методов, как хирургическое вмешательство, лечение медикаментами, физическими методами и т. д. Но у гипноза своя «ниша» применения, так называемые пограничные состояния (15). С помощью гипноза можно оказывать влияние не только на функциональные расстройства (причем это влияние может быть как положительным, так и отрицательным), гипноз является еще и мощным средством, служащим для решения эмоциональных проблем и улучшения психического самочувствия.

При жизненных волнениях и потрясениях, вызванных, например, стихийными бедствиями и катастрофами, могут возникнуть истерические расстройства сознания, сопровождающиеся параличом рук и ног, потерей речи и слуха, ухудшением зрения, спазмами или другими нарушениями в работе внутренних органов. Эти и подобные им симптомы могут успешно сниматься внушением в состоянии гипноза.

По В.М.Кандыбе (74), гипноз — основной метод лечения неврозов, невротических реакций, посттравматического стрессового расстройства, личностного и профессионального стрессов, функциональных сексуальных расстройств (импотенция, фригидность и др.), зависимости от табака, алкоголя и наркотиков, острых и хронических болей, страхов, расстройств сна, нарушений

питания (анорексия, булимия, излишний вес).

С помощью гипноза могут решаться следующие проблемы:

98

- Помощь терминальным больным: снятие болей, психологическая поддержка, продление и улучшение качества жизни.
- Психосоматические расстройства: в пульмонологии и оториноларингологии, гастроэнтерологии, кардиологии, неврологии, психиатрии, гинекологии, акушерстве, хирургии (44, 47, 61, 145, 188, 227, 289, 291, 320).
- У детей: ночной энурез, проблемы с учебой, проблемы отношений в семье, деликventное поведение, коррекция вредных привычек и поведения.

По данным М.Хипа и У.Драйдена (58), гипнотерапия может быть методом первичного лечения таких заболеваний, как ночной энурез, нежелательные привычки, мигрень или головные боли, связанные с давлением; бородавки; боль, вызванная хроническим заболеванием или инвазивными медицинскими процедурами.

По мнению К.Олнесс и Д.Р.Кохен (269), гипнотерапию можно применять как дополнительный метод в лечении астмы, диабета, злокачественных новообразований, гемофилии и хронических состояний, требующих частых госпитализаций и инвазивных процедур.

Ж.Беккио и Ш.Жюслен (5) считают, что новый гипноз может применяться при стрессе, тревожности, бессоннице, фобиях, навязчивости, посттравматическом стрессовом расстройстве, астме, аллергии, утрате вкуса и обоняния, язвах, колите, сосудистых нарушениях, нарушении сердечного ритма, для продления и улучшения качества жизни у онкологических больных, больных СПИДом, при тиках, головных болях, зависимости (табак, алкоголь, наркотики), нарушениях пищевого поведения (излишний вес, булимия), острых и хронических болях, при подготовке к экзаменам, приступах страха у артистов, функциональных сексуальных нарушениях.

Как минимум 80% всех физических и психологических проблем со здоровьем связаны со стрессом — гипноз необыкновенно успешный метод лечения психических нарушений, связанных со стрессом. Во время стресса или вско-

v

99

ре после него возрастает вероятность развития серьезного заболевания (330). Считается, что стресс снижает способности естественного защитника организма — иммунной системы, позволяя размножаться болезнетворным микробам. Гипноз можно использовать вместо лекарств для предотвращения физиологических стрессов.

Заболеванием, при котором в первую очередь показана гипнотерапия, по мнению многих авторов, является невроз. Особенно благоприятные результаты наблюдаются при применении гипнотерапии для устранения невротических симптомов, в частности, при лечении кардиальных неврозов с нарушением сердечного ритма, у больных стенокардией или перенесших инфаркт миокарда. Результаты гипнотерапии неврозов определяются степенью устойчивости биологического гомеостаза.

При развитии неврозов и, вероятно, неврозоподобных состояний патогенез страдания в силу различных причин может в разной степени нарушать биологический гомеостаз. При улучшении состояния в результате гипнотерапии неврозов происходит позитивная качественная перестройка биологических функций организма с активизацией белкового обмена и иммунной системы.

При минимальных, незначительных количественных нарушениях биологического гомеостаза в процессе гипнотерапии происходят соответствующие оптимизационные количественные перемены, не затрагивающие структурных основ системы. При существенных расстройствах биологического гомеостаза в процессе гипнотерапии осуществляется качественно сложная и в итоге гораздо менее эффективная реконструктивная перестройка, не приводящая к полноценному функционированию гомеостатической системы (114).

Д.В.Кандыба (69) с успехом использует гипнотерапию при общих и системных неврозах, при общих и системных неврозоподобных состояниях, психосоматических заболеваниях, то есть при всех обратимых функциональных расстройствах.

100

р

Гипноз суггестивно позволяет усилить любую терапию и тем самым повысить ее эффективность, так как 80% всех заболеваний имеет психосоматическую природу. Факт эмоциональной обусловленности подавляющего большинства заболеваний ни у кого сомнений не вызывает. Специалисты расходятся лишь в количественных оценках, одни считают, что 50%, другие, что

70% или 100% заболеваний — психосоматические. Гипноз, в подавляющем большинстве случаев не дающий побочных эффектов, может помочь в лечении этих заболеваний.

Хороший эффект лечения гипнозом отмечен при начальных формах гипертонической болезни (192, 193). Н. Friedman и коллеги (193) наблюдали 44 больных с артериальной гипертензией. Гипнотерапия значительно снизила артериальное давление по сравнению с контрольной группой. Наблюдение через 6 месяцев показало снижение систолического давления на 13,3 мм рт. столба и диастолического — на 8,5 мм рт. столба.

Большое значение гипнотерапия имеет в акушерстве и гинекологии (47, 209, 270, 292). Несколько исследований было посвящено использованию гипноза в качестве обезболивающего при родах. В одном из них (226) сравнивали группу женщин, которые практиковали самогипноз с контрольной группой. В первой группе отмечалось укорочение длительности родов и более комфортное состояние. В другом исследовании в группе получавших гипноз наблюдалось меньше осложнений в родах, значительно меньше хирургических вмешательств и сокращение сроков пребывания в стационаре. У рожениц с выраженной рвотой во время беременности отмечался лучший эффект от гипнотического вмешательства по сравнению с контролем (292, 320).

Многие расстройства детей, типа лицевых тиков и вытягивания волос, направлены на снижение скрытого напряжения. Важно, чтобы родители не акцентировали внимание на этих привычках, то наказывая за них, то их закрепляя. Гипнотерапевтическое лечение должно устранить при-

101
вычку и научить ребенка более эффективным способам снижения тревоги и напряжения и преодоления стресса (165). Кстати, неодолимый порыв рвать на себе волосы называется трихотилломанией и может лечиться гипнозом (335).

Гипнозом могут лечиться и различные фобии. *Фобия — устойчивая, лишенная логики боязнь какой-либо вещи или ситуации.* Человек с фобией терпит крайние неудобства и ограничения из-за своего страха (124).

Среди существующих фобий следует назвать: боязнь луны — селенофобия, боязнь птиц — погонофобия, боязнь открытого пространства и общественных мест — агорафобия, боязнь океана — таласофобия, боязнь высоты — акрофобия, боязнь работы на компьютере — киберофобия, боязнь врачей — ятрофобия, боязнь замкнутых пространств — клаустрофобия, боязнь покраснеть — эритрофобия, страх, что человек не сможет заснуть, — агрипнияфобия, аблютофобия — страх перед купанием, акустикофобия — боязнь шума, алгофобия — боязнь боли, алекторофобия — страх перед курами, аматофобия — боязнь пыли, амбулофобия — боязнь ходить, анаблефофобия — страх посмотреть вверх, андрофобия — боязнь мужчин, арахнофобия — боязнь пауков, аритмофобия — боязнь чисел, ауорофобия — страх перед золотом, аутомисофобия — боязнь быть грязным, ахлуофобия — боязнь темноты, аэрофобия — страх перед полетами, басофобия — боязнь разучиться стоять, батафобия — боязнь глубины,

102
бациллофобия — страх перед микробами, библиофобия — боязнь книг, богифобия — боязнь призраков, бромидросифобия — боязнь запахов тела, буфонофобия — страх перед жабами, венустрафобия — боязнь красивых женщин, гамофобия — боязнь брака, гелиофобия — боязнь солнца, гелофобия — боязнь смеха, гидрофобия — боязнь воды, глоссофобия — боязнь выступать на публике, годофобия — страх перед путешествиями, дидаскалейнофобия — страх перед школой, диспсихофобия — страх сойти с ума, дорафобия — боязнь меха или кожи животных, дромифобия — боязнь переходить улицу, исолофобия — страх перед одиночеством, климакофобия — страх перед лестницами, крометофобия — боязнь денег, лаканофобия — страх перед овощами, леукофобия — боязнь белого цвета, магейрокофобия — боязнь готовить еду, мастигофобия — страх перед наказанием, мелофобия — страх перед музыкой, менофобия — боязнь менструаций, меринтофобия — боязнь быть связанным, метатесиофобия — боязнь перемен, метифобия — страх перед алкоголем, мизофобия — страх загрязнения, мнемофобия — боязнь воспоминаний, некрофобия — боязнь смерти, нозофобия — страх заболеваний, ноктифобия — боязнь ночи, носокомефобия — страх перед больницами, одонтофобия — боязнь зубных операций, пантофобия — боязнь всего на свете, плутофобия — боязнь богатства,

103
рабдофобия — боязнь возмездия, танатофобия — страх смерти, филофобия — боязнь влюбиться, фобофобия — страх испытать страх.

Применение гипноза у детей с целью лечения физических и психосоматических заболеваний

может осуществляться в четырех направлениях:

1. Гипноз может быть эффективен для уменьшения боли и дискомфорта, как связанных с самим заболеванием, так и возникших при его лечении.
2. Он вносит существенный вклад в снижение дистресса, тревоги и страха.
3. Усиливает волю ребенка к выздоровлению.
4. Применяется для воздействия на физиологические процессы.

В современной терапии гипноз у взрослых используют для того, чтобы с его помощью устранять острую функциональную симптоматику: рвоту беременных, приступы астмы, тревогу, вызванную психологическими проблемами, тревожную депрессию, фобические расстройства, бессонницу, чувство неполноценности и др.

Конечно, эффект этот преходящий, если он не подкрепляется переработкой лежащей в основе таких симптомов актуальной конфликтной ситуации.

Считают, что психозов лучше не касаться вообще, больным же с явными признаками депрессии вначале следует провести антидепрессивную терапию и лишь затем прибегнуть к самогипнозу. Имеются наблюдения, что когда тревогу начинают лечить первой, депрессия может усилиться.

Вероятно, произойдет расширение практики гипноза, в основном там, где важным элементом заболевания оказывается психосоматический фактор. По мнению Р.Д.Тукаева (114), при лечении психосоматических заболеваний, таких как мигрень, астма, а также относительно неосложнен-

ных случаев генерализованной тревоги и физической боли, терапия может состоять почти целиком из сессий гипноза, позитивных суггестий, повторения в гипнотическом состоянии процедур, направленных на управление тревогой, и регулярного самогипноза в промежутках между сессиями.

По данным М.Неар (217) 75% из 103 больных с разнообразными психосоматическими расстройствами начали лучше себя чувствовать в пределах 12 недель после начала самогипноза, а 72% достигли полной ремиссии и 80% — улучшения в течение года. Отмечено, что больные в возрасте до 20 лет реагировали на гипнотерапию быстрее.

Известно, что для психосоматических заболеваний типично преимущественное поражение соматической сферы при обязательном вовлечении в патологический процесс психологической и социальной сферы на этапе функциональных нарушений. Описаны случаи эффективной гипнотерапии при психогенном мутизме, невротическом заикании, дисфункции голосовых связок (123, 136). Об эффективности гипнотерапии при психогенном сердечном синдроме пишет В. J.Hartman (214), психогенном кашле — G.R.Elkins и G.A.Wicks (175, 331).

Понятие «гипервентиляция» означает дыхание сверх потребностей организма. Гипервентиляция является естественной реакцией на страх и тревогу, которая возникает по первобытному признаку — «либо сражаться, либо убежать». Это приводит к выдыханию слишком большого количества углекислого газа, и таким образом снижается парциальное давление CO_2 в крови. Это приводит к смещению кислотно-щелочного баланса в крови в сторону алкалоза (респираторный алкалоз), который может оказать глубокое воздействие, в частности, на нервную систему.

Гипервентиляция влечет за собой учащенное, поверхностное, нестабильное и неравномерное дыхание. Сопутствующими симптомами являются головная боль, головокружение, ухудшение зрения, «покалывание» в лице и конечностях, сердцебиение (часто с учащением пульса), боль в груди, нехватка воздуха (обычно в покое), вздохи и зевота, чув-

105

ство сдавливания в горле, отрыжка, недомогание, вздутие живота, судороги или подергивания в мышцах, напряжение в шее, плечах и спине, плохая концентрация внимания, тревога, ощущение нереальности обстановки, агорафобия и приступы паники. Комбинация самогипноза с расслабленным диафрагмальным дыханием является лучшим способом решения проблемы при истощающем разьяснении больному ее механизма (20).

Некоторые авторы считают, что аллергия или гиперчувствительные реакции обычно не относятся к психосоматике. Это высокочувствительный комплекс реакций, включающих антитела Ig E, активацию mast-клеток и базофилов, освобождение медиаторов воспаления и иммунного ответа. Тем не менее, имеются данные литературы, которые предполагают, что многие аллергические реакции могут иметь эмоциональную основу и могут лечиться гипнозом (177). В исследовании, проведенном у гипнабельных добровольцев, немедленный тип гиперчувствительности подавлялся у 8 из 12 больных после краткого внушения в гипнозе (151). Многие авторы указывают на то, что гипноз может вызывать улучшение состояния и оказать срочную помощь во время приступа

бронхиальной астмы и избавиться от аллергии (139, 181, 212, 249). G.P.Maher-Loughnan (250) наблюдал 55 больных с бронхиальной астмой и отметил, что рандомизированной группе получавших гипноз требовалось значительно меньше бронходиллататоров, чем в контрольной группе. Особенно это отмечалось у детей младшего возраста, которые были более гипнабельными (181). В другом исследовании (262) применение гипнотерапии уменьшило количество поступлений детей в стационар, время пребывания на койке, назначение кортикостероидов.

G.M.Aronoff (141) наблюдал эффективность гипнотерапии при острых астматических приступах у 17 детей в возрасте от 6 до 17 лет, выразившуюся в уменьшении интенсивности симптомов заболевания. Было документировано улучшение вентиляторной способности дыхательных путей. Одним из объяснений этого является то, что через

106

воздействие вегетативной нервной системы гипноз уменьшает бронхоспазм. A.Madrid (249) отметил в 76% случаев улучшение аллергии после двух месячного лечения самогипнозом.

D.Aпbar (134) лечил самогипнозом психогенный кашель у 56 детей и подростков. Кашель вызывался инфекциями верхних дыхательных путей в 59% случаев, астмой — в 15%, физической активностью — в 5%. Средняя продолжительность кашля составляла 13 месяцев (от двух недель и до 7 лет). Среди больных, которые получали гипноз, кашель прекратился немедленно после сеанса гипноза у 78% больных и в течение месяца — у 12%. Также гипноз применялся у больных с хроническим диспноэ (138).

В литературе приведены сведения использования гипноза для прекращения курения (130, 210, 230, 265, 304, 321). Прекращение курения наблюдалось в 88% случаев в течение года после курса лечения гипнозом. В 1992 году был опубликован мета-анализ 633 гипнотических сеансов, включающий 72 000 участников-курильщиков. Гипнотерапия была успешна от 12% до 60% (в среднем в 36%) случаев. Показатели были в 3,5 раза лучше, чем в контрольной группе. А при дополнительном назначении отрицательного воображения электрического тока в течение трех месяцев прекращение курения наблюдалось в 86% у мужчин и в 88% у женщин (230).

Отмечаются положительные результаты при лечении гипнозом кожных заболеваний (62, 108, 148, 290). В обзорной статье «Гипноз в дерматологии» (290) P.D.Shenefelt пишет, что соответственно подготовленные специалисты могут успешно лечить гипнозом многие дерматологические заболевания, как в качестве альтернативного лечения, так и дополнительной терапии. Среди заболеваний указываются: акне, гнездная алопеция, атопический дерматит, врожденная ихтиосиформная эритродермия, простой герпес, гипергидроз, ихтиоз вульгарный, нейродермит, постгерпетическая невралгия, зуд, псориаз, трихотилломания, уртикария, витилиго, глоссалия, плоский лишай, розовые

107

угри, вульгарные бородавки и др. В большинстве случаев приводятся единичные случаи эффективного лечения, и не всегда имеется массив наблюдений с точки зрения доказательной медицины.

Преимущество лечения гипнозом кожных заболеваний состоит в нетоксичности проводимой терапии, способности получить эффект тогда, когда другие методы не приносят положительного результата, и относительно низкой стоимости лечения. Недостатками метода являются дорогая подготовка специалистов, низкая гипнабельность некоторых пациентов и негативное отношение к гипнозу ряда больных.

По данным A.C.Stewart и S.E.Thomas (310) у пациентов с атопическим дерматитом при лечении гипнозом значительно уменьшался зуд, нарушение сна и тревожность. Гипноз без труда может контролировать и даже полностью подавлять ощущение зуда, что улучшает состояние кожи. Дети, страдающие экземой, могут научиться подавлять ощущение зуда и таким образом уменьшить расчесывание, которое не только травмирует кожу, но и ведет к развитию инфекции, а также использовать образы при самогипнозе для уменьшения других явных симптомов этого заболевания.

Гипнотерапия при экземе может использоваться следующим образом:

- 1) в качестве поддержки, прибегая к эго-усилению;
- 2) с прямыми суггестиями уменьшения зуда и жжения, тревоги и бессонницы;
- 3) суггестии того, что пациенты, едва их пальцы прикоснутся к коже, почувствуют это даже ночью и таким образом, воздержатся от расчесывания;
- 4) внушения, что кровообращение в коже улучшится и вместе с ним улучшится ее питание, что окажет целебный эффект и снизит чувствительность нервных окончаний.

A.C.Stewart и S.E.Thomas (310) дали оценку гипнотерапии, проведенной 20 детям и 18 взрослым с выраженным
108

атопическим дерматитом. Пациенты практиковали самогипноз ежедневно после 3—12 сеансов гипноза на протяжении 1,5 — 7 месяцев. Наблюдалось значительное уменьшение зуда, расчесывания, нарушения сна и напряжения.

В нескольких статьях показана эффективность гипноза влечении бородавок (164, 208, 229, 293, 299, 315, 319). Однако оценка этого лечения осложняется самопроизвольной ремиссией от 20 до 45% (164). По данным D.M.Ewin (183), при лечении гипнозом (методикой регрессии возраста) 41 больного с рефракторными бородавками излечение наступило в 80% случаев без рецидива. Некоторые авторы использовали следующее внушение: «Кровь перестает поступать к бородавкам, и прекращается их питание».

Возможность влияния психики на вегетативную сферу, эндокринную и иммунные системы хорошо известна и имеет в настоящее время морфо-функциональное обоснование. Существует мнение о том, что гипноз укрепляет иммунные функции организма и способен играть вспомогательную роль в борьбе с инфекционными заболеваниями. В исследовании управления иммунным ответом было установлено, что с помощью самогипноза и соответствующих суггестии дети могут значительно повышать концентрацию иммуноглобулинов А в слюне. Снижение общего уровня тревоги с помощью гипнотерапии (332) является одним из способов, которым можно в значительной степени восстановить эффективность иммунной системы (271).

Гипноз постепенно начинает находить свое применение и как седативное средство для активизации защитных реакций иммунной системы во многих случаях тяжелых заболеваний, в частности, онкологических. Известно, что желудочно-кишечный тракт в целом весьма подвержен влиянию эмоциональных факторов, и потому не удивительно, что тревога оказывает временное воздействие как на пищеварительную, так и выделительную функцию. Поэтому гипноз с успехом используется в гастроэнтерологии (216). Через год после лечения пептических язв методом гипнотерапии только у 53% больных развился рецидив, против 100%

109

рецидива в группе получавших медикаментозную терапию (114). Описано успешное лечение гипнозом функциональных болей в животе (137), функциональной диспепсии (163, 174), психогенной боли в ротовой полости (202), при рвоте и тошноте (252). Доказано, что язвы двенадцатиперстной кишки успешно лечатся длительными сеансами гипноза.

Гипноз может быть дополнительным методом лечения язвенного колита и болезни Крона (288). Гипноз может применяться при печеночной биопсии, колоноскопии (158), эзофагогастродуоденоскопии (207), гастроскопии (207). J.Zimmerman (337) отметил, что при проведении желудочно-кишечной эндоскопии у 200 пациентов с помощью анестетического спрея для горла в сочетании с гипнозом не было ни одного случая осложнений, а продолжительность процедуры уменьшалась.

Ряд исследований посвящен применению гипноза при синдроме раздраженной толстой кишки (221, 245, 281, 328, 329). В одном из них описано рандомизированное исследование, проведенное у 30 больных с диагнозом рефрактерная раздраженная толстая кишка. Проводили семь сеансов гипнотерапии в одной группе и психотерапию плюс пилюли плацебо — в другой. У всех больных, получавших гипноз, наблюдалось значительное улучшение. Через 18 месяцев в группе получавших гипноз ремиссия продолжалась у 15 больных. Положительные результаты были подтверждены и другими исследованиями (195, 205, 215, 273, 297, 322,).

Внушением можно также повлиять на запоры и поносы, на спазмы пищевода (6). Страх перед зубоврачебными манипуляциями широко распространен: около 46% опрошенных испытывают тревогу в связи с хирургической стоматологией. Гипноз как форма седативного воздействия идеально подходит для лечения зубов, он ничего, за исключением времени, не стоит, прост, скор и хорошо принимается больными. Поэтому стоматологи используют гипноз при болезненных вмешательствах, а также для снятия тревоги у пациентов, плохо переносящих лечение зубов (185, 186).

110

При стоматологическом гипнозе:

- 1) оказывается помощь в уменьшении беспокойства, связанного со стоматологическим лечением,
- 2) контролируется боль,

3) имеется возможность регулировать кровоток с помощью гипноза, уменьшая выделение крови во время операции,

4) имеется возможность влияния на процесс выздоровления, сокращается время реабилитации.

В настоящее время хорошо известно, что кровотечение после удаления зуба существенно меньше, а иногда и вовсе отсутствует у загипнотизированных пациентов.

Страх перед операцией может резко ухудшить общее состояние больного и отразиться как на течении операции, так и на послеоперационном периоде. Например, описано нарушение сна и лейкоцитоз перед операцией у ряда ожидающих ее больных. Доказано, что применение гипноза перед операцией снижает артериальное давление, уменьшает потерю крови (213), улучшает послеоперационное состояние (211), улучшает перистальтику кишечника (173), уменьшает пребывание больного в стационаре (243), уменьшает тошноту и рвоту в послеоперационном периоде (243), снижает дозы анальгетиков (90, 96, 179).

Мета-анализ оценки применения гипноза для хирургических больных, опубликованный в 2002 году, показал, что гипноз в хирургии уменьшает тревожность, боль, тошноту и время выздоровления (261). Имеется ряд сообщений о применении гипноза при разных хирургических операциях, в частности, пластических (187), что позволяет уменьшить дозировку седативных препаратов. Гипноз может уменьшить предоперационную тревогу и ослабить послеоперационные симптомы (1, 61, 149, 159).

Использование гипноза в качестве анестезии в хирургии в настоящее время не разрешается. Тем не менее, в литературе имеются описания клинических случаев: при опе-

111

рации желудочкового септального дефекта у трех больных и митральной комиссуротомии у четырех (132, 146).

В обзоре E.V.Lang и коллег 1999 года (244) представлены данные более 1650 хирургических случаев, при которых использовался гипноз в сочетании с другими методами седативной терапии. Эта форма анестезии использовалась вместо общей анестезии при широком спектре хирургических вмешательств, включая тиреоидэктомию, операции при гиперпаратиреозе, назальной септальной пластике, птозе и др. Авторы пришли к выводу, что использование гипноза благоприятно сказывается на самочувствии больных, уменьшает пребывание больных в стационаре. Краткий гипноз может использоваться при биопсии грудной железы, инвазивных радиологических вмешательствах. В рандомизированных исследованиях пациентам, получавшим гипноз до и во время ангиопластики коронарной артерии требовалось меньше обезболивающих медикаментов (327).

В двух исследованиях показан благоприятный эффект гипноза для заживления ран после травм (200, 201). В первом случае это касалось несмещенных переломами лодыжек (уменьшалась боль и улучшалась подвижность), во втором рандомизированном исследовании у 18 хирургических больных, получавших до операции гипноз с положительным внушением, касающимся заживления, было отмечено значительное заживление послеоперационных ран по сравнению с контролем (200).

За последние годы появилось достаточно научных данных, подтверждающих эффективность гипноза в лечении боли (161, 224, 240, 251, 277, 287, 317). Они были суммированы в обзоре D. R. Patterson с соавторами (277) «Гипноз и клиническая боль». Результаты нейрофизиологических исследований доказали постоянный эффект гипноза, касающийся снижения болевых ощущений, и внесли значительный вклад в теоретическое понимание гипнотической анальгезии, однако ее механизм остается недостаточно ясным (121).

Диапазон возможного применения гипноаналгезии достаточно широк: от кардиологии до урологии, от глазных бо-

112

лезней до стоматологии. Так как боли могут возникать в различных частях тела (суставы, пищеварительная система, органы дыхания и т. д.), то не существует такой клинической дисциплины, где бы не мог использоваться гипноз. Литературные данные по острой боли показали постоянный клинический эффект гипнотической анальгезии,- превосходящий другие лечебные мероприятия. Результаты исследований, касающиеся эффективности гипноза при хронической боли не показали его достаточной эффективности, но превосходили результаты релаксационных методик, в том числе аутогенной тренировки. Поэтому в лечении хронической боли должен использоваться комплексный подход, включающий гипнотическую анальгезию.

При хронической боли гипнотическое лечение должно обеспечиваться еженедельными сеансами

(длительностью 45 минут—1,5 часа), 4—10 сеансов (1 — 2 месяца). В ряде случаев сеанс может продолжаться 5—10 минут.

G. H. Montgomery (261, 260) проанализировал результаты 18 исследований, где использовался гипноз для лечения боли. По суммарным данным, гипноз принес облегчение 75% больных, хотя высоковнушаемые люди в популяции составляли всего 30%. Лечение гипнозом головной боли, фантомных болей, болей в позвоночнике также посвящены различные исследования (160, 167, 266, 306).

Многочисленные лабораторные исследования свидетельствуют о связи между гипнотической анальгезией и гипнотической внушаемостью. При лечении гипнозом хронической головной боли у больных с высокой гипнабельностью достигается больший эффект нежели у больных с низкой гипнабельностью (255).

Исследования нейрофизиологических коррелятов гипнотической анальгезии показывают, что у высоковнушаемых субъектов наблюдается отличный кортикальный ответ по сравнению с субъектами с низкой внушаемостью. В то же время использование самогипноза вызывает значительный благоприятный эффект при цефалгии напряжения даже у больных с низкой гипнабельностью (239, 307).

8-5574

113

Действие гипноза сравнивали с действием пропранолола у детей с мигренью в проспективном рандомизированном контролируемом исследовании (268). Отмечено, что у больных, которые были обучены самогипнозу, уменьшилось количество приступов головной боли.

Известно обезболивающее действие специальных внушений в гипнозе, дающее возможность проводить под гипноа-нестезией серьезные полостные операции. M.E.Faymonville и коллеги (189) применяли гипноз у 1400 хирургических больных с целью уменьшения напряженности боли, уменьшения дозировок противоболевых препаратов, более быстрого выздоровления. По данным J.Zimmerman (337), гипноз применяли более чем у 200 пациентов, которым проводилась желудочно-кишечная эндоскопия. P.Adams и коллеги (131) приводят описание применения гипноза при биопсии печени и при трансплантации костного мозга. E.R.Hilgard, A.H.Morgan (218) приводят данные 14 хирургов, которые проводили аппендэктомии, гастростомии, удаление опухолей и др. под гипнозом. V.Rausch (284) приводит описание холецистэктомии с использованием самогипноза, причем больной после операции самостоятельно вернулся в палату. У больных с ожогами в качестве альтернативы опиоидам с успехом использовался гипноз (275, 325). Клинические исследования показали значительное уменьшение боли при применении гипноза у больных ожогами (168, 242). Многие из них обучались самогипнозу. По данным S.F. Bierman, D.M.Ewin, C.Ginandes и др. (150, 182, 200, 278, 324) гипноз, используемый в отделении неотложной помощи, позволяет не только предотвращать боль, но и улучшает заживление ожоговых ран.

Успешное сочетание гипноза с седативными препаратами применяли при оперативных вмешательствах на щитовидной железе (257).

Химиотерапия у онкологических больных часто сопровождается тошнотой, рвотой. У детей, получавших химиотерапию и гипноз, значительно реже наблюдалась тошнота и рвота по сравнению с контрольной группой (336).

114

В другом рандомизированном исследовании было показано, что требовалось меньшее количество противорвотных средств (225).

Гипнологи берутся за снятие боли у онкологических больных (219, 303). D.Spiegel и коллеги (300, 302) отмечали, что у больных метастазирующим раком грудной Железы при применении гипноза не только уменьшается боль, но и наблюдается длительность выживания.

Опыт использование гипноза при гемофилии (30 больных в возрасте от 11 до 50 лет) показал снижение потребности в медикаментозной поддержке (241). В другом исследовании было показано, что больным, которым назначали гипноз, требовалось проводить меньшее количество трансфузий по сравнению с контрольной группой.

Гипноз как дополнительный метод лечения применялся при болезни Бурдера — периферическом сосудистом нарушении (235).

Описано использование гипноза в качестве средства борьбы с болью при серповидноклеточной болезни; как дополнительный метод лечения множественного склероза (172). В литературе приведено описание четырех случаев спастической кривошеи, успешно излеченной гипнозом (170). Следует отметить, что рандомизированных контролируемых исследований по этим

вопросам в основном не проводилось.

E.V.Lang с коллегами (244) провел рандомизированное исследование (на 241 пациенте) с использованием гипноза при подготовке больных к трансплантации костного мозга, что позволило снизить дозу медикаментозных препаратов. В группе больных, получавших гипноз после рентгено- и химиотерапии, интенсивность болевых ощущений была значительно меньше, чем у больных, получавших когнитивно-поведенческую терапию. Однако различий в частоте тошноты и рвоты выявлено не было. В 6 клинически контролируемых исследованиях больным, получавшим гипноз, анальгетиков требовалось значительно меньше.

8-

115

С.А.Шульман (125) с успехом применял в комплексном лечении гипноз у 7 детей, страдавших различными урологическими заболеваниями. R.M.Freeman с соавторами (191) добился положительного результата у 50 женщин с недержанием мочи вследствие нестабильности детрузора, курс лечения составлял 12 сессий гипноза. К концу лечения эффект наблюдался у 29 женщин, у 14 — наблюдалось улучшение и у 7 — изменений не наблюдалось. Авторы считают, что психологический фактор играет важную роль в «идиопатической» нестабильности детрузора и этим объясняется положительный эффект гипноза.

В контролируемом клиническом исследовании Н.С.Наапеп и коллег был показан эффект гипноза у больных с рефракторной фибромиалгией (211). В первой группе больные получали 8 одночасовых сеансов гипноза и самогипноз в домашних условиях в течение 3-х месяцев, во второй — 1-2-4 часа физической терапии (массажа) и релаксационную тренировку в течение 12 недель, и затем — 24 недель. Значительное улучшение отмечалось в первой группе (исчезли мышечные боли, усталость, нарушение сна).

S.V.Spiegel приводит описание успешного лечения гипнозом неконтролируемой отрыжки 71-летней женщины (305). J.Attias и др. (143) лечили гипнозом шум в ушах и добились улучшения в 7 из 10 случаев.

Купирование боли при родах еще один повод гипнотического вмешательства. Фриман 1986 провел сравнение 29 женщин, получавших гипноз до родов, с 36 женщинами, получавшими стандартную помощь, и пришел к выводу, что у рожениц со средней и повышенной гипнотической внушаемостью значительно уменьшается тревожность, и роды протекают значительно легче по сравнению с роженицами контрольной группы.

Гипноз может помочь в учебе, бизнесе, в занятиях спортом, он укрепит уже имеющиеся способности, давая возможность их максимально использовать. Гипноз и аутогенная тренировка являются эффективным средством для

116

ликвидации неблагоприятных предстартовых состояний (36, 37, 83, 84, 101). С помощью гипноза происходит восстановление работоспособности значительно быстрее, чем с помощью отдыха в состоянии бодрствования. Сообщается о практике гипнотерапии в процессе обучения, в частности, о суггестопедии в работе с отстающими детьми.

В исследованиях 1958— 1978 гг. сообщается, что гипноз может применяться для лечения ожирения (228, 263). D.N.Volocofsky (152) наблюдал 156 лиц, страдающих ожирением, которые получали в течение девяти недель индивидуальную гипнотерапию плюс поведенческую терапию, в контрольной группе — только поведенческую терапию. В группе получавших гипнотерапию снижение веса в среднем было на 7 кг больше, чем в контрольной группе. Катам -нез проводился в течение двух лет.

Проведенный в 80-е годы мета-анализ также показал, что гипнотерапия дает прекрасные результаты при лечении больных, страдающих ожирением (16, 133, 233, 234, 246). После курса гипнотерапии у них снижается аппетит, улучшаются обменные процессы, что приводит к снижению веса. D.L.Johnson (228) проводил лечение гипнозом женщин, страдающих ожирением, и подтвердил положительный эффект.

В другом исследовании, проведенном над 60 больными с ожирением в сочетании с апноэ во время сна (312), была доказана эффективность гипнотерапии в отношении снижения веса, но не в отношении апноэ во время сна. По мнению авторов, гипноз в лечении ожирения должен присутствовать как часть программы, его роль состоит в повышении мотивации к лечению, в корректировке диеты и психологической поддержке.

Н.А.Cohen (165) подтвердил клиническую ценность гипнотерапии при лечении в течение одного года 505 детей и подростков, которые наблюдались от четырех месяцев до двух лет. Лечение подвергались острая боль, энурез, хронические боли, астма, энкопрез, дурные привычки,

ожирение и тревога. 51% детей выздоровели полностью, состо-
117

яние 32% значительно улучшилось, у 9% отмечалось начальное или слабое улучшение, а в 7% случаев никаких результатов получено не было. Более чем у половины детей и подростков улучшение возникало при первом или втором посещении клиники. Всего посещений в среднем было 4. По мнению автора статьи, 4-х визитов может оказаться достаточно, чтобы подготовить положительную реакцию на лечение.

Об успешном лечении неорганической сексуальной дисфункции, диссоциативного нарушения сообщают S.Audin и др., J.D.Boyd (144, 154). Применению гипноза в реабилитации посвящена статья P.R.Appel (140).

Следует отметить, что до настоящего времени в литературе отсутствует достаточное количество рандомизированных контролируемых исследований, подтверждающих эффективность гипнотерапии при том или ином заболевании с точки зрения доказательной медицины. Это дело будущего.

СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ

Нами (28, 29, 92) было проведено исследование влияния гипноза на уровень агрессивности и коммуникативности при некоторых функциональных психосоматических заболеваниях. Использовался адаптированный проективный тест «Рука» Вагнера с готовыми ответами к каждому изображению руки. Результаты показали снижение показателя агрессивности и увеличение компенсирующих ответов в группе детей, у которых проводилась гипнотерапия. В контрольной группе такой закономерности не наблюдалось. Гипнотерапия обеспечивала актуализацию разнообразия поведения детей. Особенно показан гипноз при состояниях, где агрессивность проявляется в наивысшей степени, например, при посттравматическом стрессовом расстройстве.

В 1968— 1975 гг. нами (27) проводилось лечение гипнозом — 1-я серия наблюдений ив 1991 — 1996 гг. — 2-я се-
118

рия наблюдений. В первой серии мы проводили гипнотерапию у 294 детей с некоторыми психосоматическими функциональными заболеваниями: при длительном субфебрилитете, имеющем самостоятельное значение, ночном энурезе, первичной артериальной гипертензии. Возраст детей составлял от 6 до 16 лет, преимущественно это были дети старшего возраста. В этой серии только 70% детей были гипнабельны (использовался классический директивный гипноз), остальные гипнозу не поддавались. Среди гипнабельных детей у 40% гипнотическое состояние было I степени, у 56% — II и у 4% — III степени. Учитывая незначительный процент негипнабельных детей, в дальнейшем мы искали методы, повышающие гипнабельность, и в 1991 — 1996 гг. мы использовали модифицированную методику гипнотерапии, применив некоторые техники эриксоновского гипноза (ПО, 118). Усовершенствование методики проведения гипноза основывалось на следующем. Как показали наши исследования, у подавляющего числа детей школьного возраста ведущей сенсорной системой была зрительная (91,4%), затем слуховая (5,3%) и кинестетическая (3,3%). Исходя из этих данных, при групповой гипнотерапии акцент использования предикатов должен падать на зрительную систему.

Известно, что особенности познавательных процессов, относящиеся к гипнозу, включают богатое воображение, диссоциацию, абсорбцию, первичный процесс мышления и сенсорную репрезентацию, — все это используется в технике гипнотерапии. Обязательно использование трюизмов. Негативные заявления или предложения почти не применяются, а используются «околобессознательные» процессы языка типа игры слов, аналогии, метафоры.

В литературе имеются сообщения о том, что скорость наступления и глубина внушенного сна зависят не только от техники гипноза, но и от состояния гипнолога. Так, если он по тем или иным причинам находится в не вполне «спортивной форме», или другими словами неконгруэнтном состоянии, эффективность гипнотического внушения

119

заметно снижается. Поэтому врачу перед проведением гипнотического сеанса следует обязательно войти в состояние конгруэнтности. Для этого существует специальная методика. Все вышеизложенное ведет к минимизации резистентности больного и усиливает терапевтический союз больного с врачом.

Модифицированная нами методика гипноза позволила во второй¹ серии наблюдений значительно повысить гипнабельность детей с 70% до 92%, причем гипнабельность I степени составила 45,1%,

II степени — 43,2%, III степени — 3,7%.

В настоящее время трудно однозначно утверждать, что повышение числа гипнабельных больных связано с изменением методики введения в гипнотическое состояние, ведь прошло более 25 лет, и, возможно, население стало более внушаемым. Для доказательства этого требуется проведение специальных исследований.

Во вторую серию наблюдений было включено 479 детей школьного возраста от 7 до 16 лет с различными функциональными психосоматическими заболеваниями: ночным энурезом, длительным субфебрилитетом, имеющим самостоятельное значение, первичной артериальной гипертензией, кардиалгиями, имеющими функциональный характер, коллаптоидными состояниями, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и др.

Ранее мы представляли данные, что гипноз всесторонне отражается на жизнедеятельности организма. Это воздействие может вызывать реакцию во всех отделах вегетативной нервной системы, в том числе и системе теплообмена и терморегуляции. При комплексном исследовании теплообмена и терморегуляции установлено специфическое влияние гипноза на систему теплообмена помимо седативного действия. Оно проявляется увеличением теплопотери, резким уменьшением дрожи, снижением ректальной температуры.

Нами было выявлено, что нарушение теплообмена у детей с длительным субфебрилитетом выражается в сниже-

120

нии теплоотдачи (снижение температуры кожи конечностей). Во время гипнотического состояния наблюдается повышение температуры кожи конечностей, то есть нормализация теплообмена. Выявленный факт был использован для патогенетического лечения длительного субфебрилитета.

В первой серии наблюдений при длительном субфебрилитете мы проводили сеансы гипноза у 70 детей в возрасте от 7 до 16 лет. У этих детей статистически достоверно доказана эффективность гипнотерапии. Из 70 человек гипнабельным был 51 ребенок (72,8%). В группе детей с длительным субфебрилитетом в целом (с латентными воспалительными очагами инфекции и без них) нормализация температуры тела наблюдалась у 58,8% детей, причем в группе детей без воспалительных очагов лечение было эффективно в 76,9% случаев, а при их наличии — в 40%.

Отсутствие 100%-ной эффективности гипнотерапии у детей с длительным субфебрилитетом без воспалительных очагов инфекции (выявляемых клинически) свидетельствует о том, что с помощью существующих методов обследования не всегда можно выявить латентные очаги воспаления.

Достоверное различие в пользу большей частоты нормализации температуры тела у детей с длительным субфебрилитетом без воспалительных очагов инфекции при сравнении с группой детей с субфебрилитетом в сочетании с воспалительными очагами демонстрирует роль последних, как поддерживающего фактора в сохранении нарушенного теплообмена. Поэтому, наряду с гипнозом, лечение латентных воспалительных очагов инфекции (чаще всего хронического тонзиллита, хронического холецистита) должно проводиться обязательно по общепринятым правилам в течение длительного времени.

Во второй серии наблюдений лечение длительного субфебрилитета проводилось у 145 детей школьного возраста. Из них гипнабельными были 91,1% детей. Гипнабельность первой степени была отмечена у 41,4% больных, второй сте-

121

пени — у 47,9% и третьей степени — у 2,6%. Эффективность терапии по группе в целом (дети с очагами инфекции и без них) составила 85%, что было выше, чем в первой серии наблюдений. Это объясняется тем, что за прошедший период времени значительно улучшилась диагностика и лечение латентных воспалительных очагов хронической инфекции.

Во второй серии наблюдений мы проводили лечение 35 детей с ожирением выраженной степени. В комплексном лечении (диета, двигательная активность) ведущее место занимала гипнотерапия. Ее целью была выработка снижения аппетита и безразличия к любым продуктам питания, в том числе и к любимым, а также «замена» стремления к еде на мотивацию к повышенной двигательной активности в любых формах ее проявления: уборка в квартире, помощь по дому, длительная ходьба, бег трусцой и др. В этой группе детей число гипнабельных было наибольшим — 94,3%. Эффективность лечения, заключающаяся в значительном снижении массы тела, наблюдалась у всех детей. Эффект сохранялся и при последующем наблюдении. Следует отметить, что как в 1-й, так и во 2-й серии наблюдений терапевтическая эффективность при любом заболевании, как правило, не зависела от степени гипнотического состояния.

Наши наблюдения и выводы о том, что гипнотерапия у детей при правильном ее применении специалистом почти не вызывает побочных действий, совпадают с мнением подавляющего большинства психотерапевтов. В 2-х сериях наблюдений мы не встречались с тяжелыми осложнениями гипноза, которые описываются в литературе за последние годы (хотя они, в основном касались так называемого «эстрадного» гипноза). Лишь в единичных случаях мы наблюдали у детей жалобы на головную боль и головокружение после сеанса гипноза, чувство «одеревенелости» в руках и слабость в ногах. Эти явления полностью устранялись путем соответствующих внушений в бодрствующем состоянии.

Гипноз с эффектом используется для лечения такого распространенного заболевания как ночной энурез (81, 86, 93,

122

97, 206, 267, 308). Распространенность ночного энуреза у детей школьного возраста по нашим данным достигает 12%.

Существующие до сих пор методы лечения малоэффективны и по длительности кратковременны. Следует отметить, что эта эффективность обеспечивается постоянным многомесячным приемом некоторых лекарственных средств, при отмене которых недержание мочи возобновляется. В первую серию наблюдений вошли 60 детей школьного возраста с ночным энурезом. Из них гипнабельными было 40 детей (66,7%). Использование классического гипноза привело к успеху у 92,5% гипнабельных детей, и только у троих детей (7,5%) ночное недержание мочи сохранилось.

Во второй серии наблюдений группу больных ночным энурезом составил 181 ребенок. Из них гипнабельными были 90,5% детей. Эффективность лечения гипнабельных детей составила 91,7% случаев.

Цель лечения ночного энуреза совпадает с сигналом тревоги: надо заставить ребенка проснуться, когда наполняется его мочевого пузыря.

Прежде, чем приступить к лечению ночного энуреза следует провести тщательную диагностику, чтобы исключить энурез как симптом какого-либо заболевания, например, эпилепсии, несахарного диабета и др. Рекомендуется проводить дидактическую сессию, на которой рассказывается о работе мочевого пузыря, а также внушается, что ребенок является его господином. У ребенка можно спросить о его втором имени или прозвище и потом сказать, что эта другая его часть остается бодрствовать, в то время как первая будет спать. Этой второй части приказывается пребывать в полном сознании и следить за ощущениями в мочевом пузыре, чтобы, когда тот наполнится, разбудить ребенка и отправить его в туалет.

В последние годы нами (35) разработана *новая психолого-психотерапевтическая программа лечения ночного энуреза*, состоящая из 5 блоков с использованием гипноза.

123

Первый блок включает психологическое обследование детей с ночным энурезом и их родителей и психокоррекцию выявленных расстройств, соблюдение режима дня и специальной диеты. Для обследования применялся набор методик, которые охватывают все проблемные сферы, связанные с болезнью:

а) *обследование самого ребенка* — личностные особенности; взаимоотношения с родителями; качество жизни, определение тревожности.

б) *обследование родителей* (чаще матери) — речевые характеристики: громкость, эмоциональность, строгость голоса, манера разговора взрослых с ребенком, взаимоотношения с ребенком, личностные особенности.

Родителям и детям давались рекомендации, выполнение которых повышает вероятность «сухих» ночей: соблюдение режима дня; соблюдение благоприятного психологического климата в семье, так как для таких детей характерны неустойчивость эмоционально-волевой сферы, повышенная тревожность; ограничение приема жидкости в вечернее время; вечерняя диета, исключающая продукты, *облагающие* мочегонным действием (молоко, кефир, сливки, фрукты); ограничение поступления в организм продуктов, углубляющих сон (содержащих триптофан, как исходный продукт мелатонина).

Второй блок включал социально-психологическую технологию, направленную на усиление мотивации к лечению. Уровень мотивации к лечению и выздоровлению определялся врачом с помощью набора методик: определение самомотивирующих причин; определение мотивации, как поведенческой ценности; определение общей мотивации.

По нашим данным, у большинства детей с ночным недержанием мочи мотивация в отношении излечения практически отсутствует или мало выражена. Отсутствие мотивации нами объясняется

тем, что в большинстве случаев дети с ночным недержанием мочи считают себя здоровыми, потому что болезнь у многих детей, прежде всего, ассоциируется с возникновением боли, повышением темпера-

124

туры тела, кашлем и др. В случаях с ночным энурезом чаще всего телесные жалобы отсутствуют. И если дети заявляют о желании избавиться от этого недуга, то в большинстве случаев указывается на социально-гигиенические причины: невозможность куда-либо поехать, оставаться ночевать у родственников или знакомых, выезжать на отдых, боязнь, что могут узнать окружающие.

Одним из способов повышения мотивации является ведение дневника для наглядной демонстрации успешности лечения (где отмечали «сухие» ночи и выполнение мероприятий, увеличивающих вероятность «сухих» ночей), за которую родители осуществляли вербальное поощрение и вознаграждение.

Третий блок состоит из тренировки сенсорных систем, в частности, кинестетической, с помощью которой осуществляется формирование и поддержание позыва на мочеиспускание. Это обусловлено тем, что, по нашим данным, кинестетическая система у таких детей функционально недоразвита. Большинство детей неправильно указывали проекцию мочевого пузыря. Клинической особенностью этих детей явилась *недостаточность развития соединительной ткани*. У них отмечался гипермобильный синдром (85%), нарушение осанки (63%), пролапс митрального клапана (65%), почти у всех встречалась дополнительная трабекула в полости левого желудочка, и поэтому они обладали гимнастическими и акробатическими «способностями». Из этого следует, что отсутствие у детей ощущения позыва на мочеиспускание можно объяснить дефицитом соединительной ткани.

Для тренировки функции сфинктеров мочевого пузыря ребенка в дневное время обучали осознанно замечать и запоминать свое ощущение позыва на мочеиспускание и только после этого освобождать мочевой пузырь. Для устойчивого автоматического «пользования» позывом в дневное время ребенка учили называть словом свое ощущение или он выбирал название ощущения из готового, разработанного нами списка — шкалы ощущений, сигнализирую-

125

щих о приближении мочеиспускания. Устойчивое возникновение ощущения позыва и удержание его в сознании возможно только при образовании опосредованной связи между каким-либо соматическим явлением и его вербальным обозначением при многократном повторении. Развитие кинестетической системы дополнительно осуществлялось с помощью специальных физических упражнений, тренировок сфинктера мочевого пузыря — ребенок более длительное время удерживает мочу, проводит тренировку с удержанием мочеиспускания во время позыва, мочится с напором, носит ночью стягивающие трусы.

Четвертый блок включал проведение курса гипнотерапии с целью выработки условного рефлекса на пробуждение при позыве на мочеиспускание в ночное время, усиление мотивации к выздоровлению, становление «сторожевого сна». Курс гипноза состоял из 8—10 сеансов, после сеанса определялась степень гипнотического состояния. Дети с ночным недержанием мочи (ННМ) по шкале гипнабельности (I и II стадии, сон, отсутствие гипнабельности) в 98% случаев при первом и втором сеансах были в состоянии сна, затем, по мере увеличения количества сеансов гипноза, они чаще находились в I или II стадиях гипноза. «Выход» из гипноза в I и II стадиях позволял, видимо, нормализовать протекание естественного ночного сна. Практически, чем большее количество сеансов ребенок «выходил» в состояние I и II стадий, тем больше у него было количество «сухих» ночей. Изменение стадий гипнабельности возможно использовать для оценки успешности терапии при ННМ.

Пятый блок. Дополнительно к гипнотерапии или в случаях негипнабельности больных тренировали просыпаться в ночное время, за счет осознанного сновидения. Ночное, сознательное пробуждение возможно только при наличии ощущения позыва на мочеиспускание, возникающего в дневное время.

Известно, что большинство детей с ННМ отличаются быстрым засыпанием и глубоким сном с возникновением эпи-

126

зодов ночного энуреза в первые 1,5 — 2 часа сна (фаза быстрого сна). Одной из особенностей фазы быстрого сна является возникновение сновидений. Ребенка обучали осознанному отношению к сновидению, которое для него становилось «ночной подсказкой» для перевода в

состояние, при котором возможно сознательно заметить interoцептивные сигналы, возникающие во время сна, в частности в районе мочевого пузыря.

Лечебные мероприятия были проведены у 43 детей в возрасте от 7 до 15 лет, страдающих неврозоподобной формой ННМ. Ранее, до госпитализации в наше отделение, 24 ребенка (55,8%) лечились в других медицинских учреждениях, и к моменту поступления в нашу клинику количество «мокрых» эпизодов у 11 (25,5%) из них доходило до одного и более раз за ночь. Никогда ранее не лечились 19 детей (44,3%).

В зависимости от частоты ННМ дети были разделены на три группы. Первая группа состояла из 21 ребенка с ННМ без «светлых» промежутков, 6 детей из них — с двумя и более эпизодами за ночь.

Вторая группа состояла из 13 детей с ННМ: у 4-х детей было пять-шесть эпизодов ННМ в неделю, и у 9 детей — по три-четыре эпизода в неделю.

В третью группу вошли 9 детей с редкими эпизодами ННМ: 5 детей с частотой ННМ 1 — 2 раза в неделю, и 4 ребенка с частотой ННМ до трех раз в месяц.

Непосредственный успех после курса стационарного лечения был достигнут у 95,3% детей. Наблюдение в катам-незе показало наилучшие результаты лечения у детей с редкими эпизодами ННМ. Эти дети добросовестно и мотивированно выполняли все рекомендации и перестали мочиться ночью в постель.

У 9 детей второй группы эпизоды ННМ прекратились; среди детей с 5 — 6 эпизодами в неделю у двух детей эпизоды сократились до одного раза в неделю; у двух детей эпизоды ННМ продолжались с прежней частотой 3 — 4 раза в неделю.

127

В первой группе среди детей с частотой ННМ один раз за ночь — у 9 детей эпизоды ННМ сократились до 1 раза в неделю, а у 6 детей эпизоды ННМ прекратились.

Среди детей с двумя эпизодами за ночь — у двух детей эпизоды ННМ сохранились 1—2 раза в неделю, а у четырех детей эпизоды ННМ прекратились вовсе.

В итоге у 28 детей (65,2%) на протяжении от шести месяцев до двух лет не было ни одного случая ННМ, а у 15 детей (34,8%) эпизоды ННМ сократились на 50 — 75%. При этом причина появления этих эпизодов была связана — у 7 детей из 15 (46,7%) с нарушением питьевого режима (прослеживалась четкая связь с выпитой жидкостью); а у 8 детей (53,3%) — с повышенными эмоциональными и физическими нагрузками. Полученный результат полностью соответствовал критериям успешного лечения и полного выздоровления. Таким образом, *психолого-психотерапевтическая программа, включающая гипноз, является эффективным методом лечения ночного недержания мочи*. Необходимо подчеркнуть, что результаты в, каждом случае в большой степени зависели от самого больного, поскольку нельзя лечить болезнь без его осознанного согласия.

Гипноз играет не последнюю роль в *лечении посттравматического стрессового расстройства* (ПТСР) у детей (26, 156, 157, 162, 178, 196, 199, 257, 264, 301). Анализ накопленного в течение многих лет огромного клинического опыта по психическим расстройствам после выраженного стресса (боевые действия, природные и транспортные катастрофы, пытки, физическое и сексуальное насилие, присутствие при насильственной смерти других, разбойные нападения, пожары и др.) позволил установить, что у пострадавших отмечается ряд общих и повторяющихся симптомов психических расстройств с выраженной очерченностью и специфическими чертами. Учитывая то, что ни одной из принятых нозологических форм эти расстройства не соответствовали, было предложено выделить их в качестве самостоятельного синдрома под названием *«посттравматического стрессового расстройства»*

128

(ПТСР). Этот термин активно внедряется в медицинскую практику с 1980 года. Он включен в официальную американскую номенклатуру психических заболеваний DSM — 111 как состояние, вызванное тяжелым стрессом. Это состояние может появиться у любого человека независимо от возраста. Чаще наблюдается в старших возрастных группах (у подростков) и у взрослых, нежели у детей.

Эпидемиологических исследований, посвященных ПТСР, проведено несколько. Распространенность ПТСР зависит от частоты катастроф, военных действий, травматических ситуаций, физического и сексуального насилия. В мирное время случаи ПТСР в популяции составляют для мужчин — 0,5%, для женщин — 1,2%. Результаты одного из последних исследований в Детройте показали, что распространенность ПТСР среди населения составила

9,2%, что больше, чем наркомания — 5,9% или депрессия — 8,3%. Частота ПТСР среди ветеранов вьетнамской войны в возрасте до 36 лет составила 19%, среди камбоджийских беженцев, подвергшихся геноциду, — 86%, среди переживших землетрясение в Югославии и Ташкенте — 75%, а в Армении — 84%. После автомобильных аварий ПТСР встречается в среднем в 10% случаев. После тяжелых ожогов синдром развивается в 80% случаев у детей и лишь в 30% у взрослых. Это объясняется несформированностью механизмов копинга в детском возрасте.

То, что развитие ПТСР после психической травмы происходит не всегда, объясняется длительностью воздействия стресса — вероятность развития синдрома больше при длительной психической травме (например, при пытках ПТСР наблюдается всегда, а при автомобильных катастрофах возникает не так часто). Стресс часто возникает в результате интерпретации событий, а не самих событий. Гипноз в таких случаях облегчает изменение перспективы, вследствие чего изменяются реакции. Симптомы ПТСР у человека, подвергнувшегося воздействию психической травмы, в ряде случаев подавлены и скрыты. На ранней стадии пациент может страдать только бессонницей, у него наблюда-

9-5574

129

ются депрессия или трудности в общении с людьми, в ряде случаев он может не осознавать сложности своего положения. Типичные симптомы включают в себя навязчивые переживания, ночные кошмары, чувство отчуждения, эмоциональный уход в себя и потерю интереса к жизни. Отмечаются гиперчувствительность, нервность, бессонница, неспособность сфокусировать внимание на длительный период времени.

Те, кто потерял любимого человека или выжил в катастрофе, особенно склонны чувствовать себя виновными в том, что они выжили, а другие погибли. Большинство людей реагируют на большую психическую травму попыткой вытеснить свои впечатления из своего сознания. Об этой травме никогда не говорится, ее можно распознать только через симптомы, которые проявляются у пациента.

В ряде случаев воздействие происходит не только на тех, кто выжил в катастрофе, или тех, кто потерял любимого человека, но и на спасателей — свидетелей этих событий. Когда спасатели заканчивают свою работу, у них нередко наблюдаются ночные кошмары, беспокойство, нервозность и раздражительность, так как катастрофа как бы повторяется в их сознании.

Симптомы могут обнаруживаться у психологически незрелых людей, у которых постепенно накапливаются стрессы. Даже сцены насилия, катастроф, увиденные в телевизоре, могут привести к ПТСР (особенно это касается детей).

Для постановки диагноза требуется соответствие следующим критериям (МКБ-10 F43.1):

1. Кратковременное или длительное пребывание в чрезвычайно угрожающей ситуации, которое вызвало бы почти у каждого чувство глубокого отчаяния.
2. Стойкие непровольные и чрезвычайно живые воспоминания (flash-backs) перенесенного, находящие отражение и во снах, усиливающиеся при попадании в ситуации, напоминающие стрессовую или связанные с ней.

130

3. Избегание ситуаций, напоминающих стрессовую или связанных с ней, при отсутствии такого поведения до стресса.

4. Один из нижеследующих двух признаков: частичная или полная амнезия важных аспектов перенесенного стресса или наличие не менее двух из нижеследующих признаков повышенной психической чувствительности и возбудимости, отсутствовавших до ситуации возникновения стресса:

- а) нарушение засыпания, поверхностный сон;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) снижение сосредоточения;
- г) повышенный уровень бодрствования;
- д) повышенная боязливость.

5. За редким исключением соответствие критериям 2 — 4 наступает в пределах шести месяцев после экспозиции стрессу или по окончании его действия.

Диагностические критерии ПТСР, отраженные в DSM-4, модифицированы применительно к детям. Ответ на стресс у них может выражаться в дезорганизованном и возбужденном поведении. Дети могут видеть страшные сны без узнавания содержания. Спектр посттравматических симптомов включает не только поведенческие, когнитивные и физиологические нарушения. Часто

наблюдаются множественные соматические жалобы.

За рубежом для постановки диагноза у детей и подростков используется *индекс шкалы ПТСР*. В зависимости от количества набранных баллов можно выявить степень тяжести заболевания.

Анкета состоит из 16 вопросов:

- 1) Наличие события, которое послужило экстремальным стрессором.
 - 2) Расстраиваешься ли, когда вспоминаешь, думаешь об этом событии?
 - 3) Имеется ли страх возврата события?
 - 4) Часто ли испытываешь страх, когда думаешь об этом событии?
- 9- **131**
- 5) Избегаешь ли воспоминаний о событии?
 - 6) Легко ли становишься нервным, возбужденным?
 - 7) Желает ли избежать чувств, эмоций?
 - 8) Имеются ли навязчивые мысли?
 - 9) Бывают ли тяжелые плохие мысли?
 - 10) Имеются ли нарушения сна?
 - 11) Наблюдаются ли навязчивые (преследующие) воображение видения и звуки?
 - 12) Имеется ли потеря интереса к деятельности?
 - 13) Трудно ли сконцентрировать внимание?
 - 14) Наблюдается ли чувство отчужденности (никого не хочется видеть) ?
 - 15) Влияют ли мысли о событии на учебу?
 - 16) Имеется ли чувство вины ?

При наличии 7 — 9 баллов — легкая степень заболевания, 10—11 — средняя степень, 12 и более — тяжелая степень. Для постановки диагноза посттравматического стрессового расстройства требуется, чтобы продолжительность симптомов была не менее одного месяца.

ПТСР может быть острым, хроническим и отсроченным. *Хроническим* синдром ПТСР считается, когда симптомы сохраняются более шести месяцев, *отсроченным* — когда симптомы не появляются, по крайней мере, шесть месяцев. При хроническом и отсроченном синдроме ПТСР из-за большого промежутка времени между травмой и появлением симптомов связь между ними часто скрыта. Симптомы нарастают в течение длительного времени, и состояние часто трудно поддается лечению.

Следует отметить важность незамедлительного лечения ПТСР. Если лечение начато не вовремя, выздоровление является длительным процессом, прогресс имеет постепенный характер. Лечебное вмешательство, по возможности, вскоре после травмы, позволяет предотвратить хронизацию ПТСР. В настоящее время подготавливаются различные лечебные программы, которые в дальнейшем должны пройти оценку эффективности.

132

Программа лечения и реабилитации должна строиться в зависимости от стадии: например, при *острой* показана гипнотерапия, а при *хронической* — метафоры для проработки травматического материала. Целью гипнотерапии является освобождения «бессознательного» от травматического события, так как гипноз обладает парадоксальной возможностью контроля за травматической «памятью», которая ассоциируется с аффектом.

Травматическое событийное воспоминание, пересказываемое пострадавшими, словами не лечится. Психотерапевтическая помощь должна изначально оказываться в образах, в которых фиксируется-хранится и воспроизводится стрессовое событие. Помощь оказывается с использованием модели травматического события. Оно не «стирается» из личной памяти (как считают даже специалисты), терапевтический эффект достигается с помощью направленных на ускоренное забывание травматической информации техник. Следует максимально девер-бализовать психотерапевтическую помощь (слова используются только для «переговоров», сбора информации о травматическом событии). Переживания (эмоции), соматические ощущения используются для «обратной связи», необходимой для контроля за эффективностью психотерапии. С помощью метафор врач достигает легкого «обучения» больного, проникая внутрь его бессознательного конфликта. Главнейшее требование, предъявляемое к метафоре в отношении ее эффективности, — соответствие мировоззрения больного его психической травме, создание альтернативного выхода из сложившейся ситуации.

Нами разработана *долгосрочная и краткосрочная психолого-психотерапевтическая программа лечения посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков*. При *острой стадии* ПТСР наряду с гипнотерапией применялись различные образные техники и методы

психотерапии: асфен и ауден, набор глагодвигательных техник, методики переформирования
содержа-
133

ния травмы на уровне структур языка. Краткосрочная помощь состояла из 2 —4 сеансов нейролингвистическо-го программирования (НЛП). Психотерапевтическая помощь осуществлялась в невербальной сфере, что дало возможность оказывать помощь пострадавшим людям любой национальности со слабым знанием русского языка. Помощь оказывалась по преимуществу в образной системе (зрительной, слуховой, кинестетической, вкусовой), то есть непосредственно в памяти, где хранится и воспроизводится при воспоминании картина травмирующего события.

Краткосрочная программа эффективно апробировалась в полевых условиях. Для оценки эффективности программ нами использовался набор психодиагностических методик до и после психолого-психотерапевтической интервенции, который подтвердил эффективность как долгосрочной, так и краткосрочной психолого-психотерапевтической программы (24).

Авторами (24) предлагается *описание разработанных ими опросников-шкал для оценки эффективности лечения пост-травматического стрессового расстройства. По шкалам № 1,2,3* градуированно оценивается вспоминаемая картина пережитого события. Опрашиваемому предъявляются семь вариантов ответа (+ 5, +4, +3, +2, + 1, 0, — 1). Максимальный балл «+ 5») свидетельствует о том, что в памяти пострадавшего сохраняется полная и отчетливая картина травмирующего события. Воспоминание о нем сопровождается глубокими переживаниями и неприятными соматическими ощущениями, как при болезни. Минимальный балл «— 1» показывает, что испытуемый не помнит о травмирующем событии, не думает о нем, чувствует себя здоровым.

По первой «Шкале сенсорно-вербального воспоминания» оценивается, насколько ярким является воспоминание о травмирующем событии (табл. 1). На ней представлен континуум мнемонических состояний от «отчетливо помню, не могу забыть» до «не могу вспомнить, все практически забыто».

134

По второй шкале травмирующее событие оценивается с точки зрения «забывания» (табл. 2).

Третья шкала — это объединенные первая и вторая шкалы. Травматическое событие оценивается в одном континууме «забыл—вспомнил» (табл. 3).

Четвертая шкала предназначена для экспресс-анализа стрессового состояния (табл. 4). Она в большей мере ориентирована на массовое обследование. По ней оценивается степень яркости и отчетливости воспоминания и забывания психотравмирующего события, в какой системе сенсорной памяти оно сохраняется и другие параметры.

Пятая шкала — «Самооценочная шкала эмоций» (модифицированный вариант шкалы дифференциальных эмоций Изарда [3]) позволяет оценивать 10 полярных эмоциональных состояний (табл. 5). На линии отмечается интенсивность переживания, чем ближе отметка к одному из прилагательных, тем сильнее переживание.

Шестая «Шкала образного воспоминания—забывания» применялась в работе с детьми, которые плохо читают, для пожилых людей, для группового обследования (табл. 6).

Шкалы могут использоваться для проведения как индивидуального, так и массового обследования взрослых и детей. Они апробированы на выборке из 400 человек. Опросники-шкалы предъявлялись испытуемым до и после психотерапевтического воздействия. Психокоррекционная работа была направлена на частичное или радикальное устранение травмирующих зрительных и/или звуковых образных картин. До проведения психотерапевтического воздействия испытуемые (80%) выбирали пункты, в которых воспоминание о травмирующем событии описывалось как яркое, отчетливое, сопровождающееся переживаниями и выраженными неприятными соматическими ощущениями: сердцебиением, изменением ритма дыхания, мышечным напряжением, потливостью ладоней. Средний балл составлял 4,73. После проведения краткосрочной психотерапии (НЛП) происходило смещение вы-

135

бора по шкале оценки воспоминания события к пунктам, обозначающим, что вспомнить его достаточно трудно; неприятные соматические ощущения и переживания не возникают. Средний балл составлял 0,82.

Для проверки надежности шкал использовался *метод повторного тестирования*. Испытуемые повторно опрашивались после психотерапии с интервалами 7 дней, 21 день, 3 месяца, 6 месяцев.

Проводилась проверка того, насколько отчетливо картина травмирующего события сохранилась в памяти пострадавших. В опросниках-шкалах № 1, 2, 3 пункты « + 1», «0», « — 1», отражающие высокую степень забывания, отмечали 79% испытуемых; пункт « + 2» — 21%. Ретестовая надежность не снижалась со временем (ее показатели колебались от 0,63 до 0,87). Пострадавшие констатировали, что пережили травматическое событие, но восстановить его в зрительной и слуховой памяти не могли.

Испытуемым предлагалось заполнить три формы опросников-шкал № 1, 2, 3. Проверялась взаимозаменяемость этих форм: «легко вспомнить» заменялось на «невозможно забыть». Они прослеживались в одном континууме. Были получены положительные результаты — если до психотерапии в опроснике-шкале № 1 отмечали пункты + 5, +4, то в опроснике-шкале № 2 также отмечали пункты +5, +4. Исследования с применением опросников шкал проводились на различных территориях, охваченных военными конфликтами (Нагорный Карабах, Абхазия, Грузия, Северная Осетия, Ингушетия). Были получены результаты, подтверждающие надежность теста и при изменении национального состава опрашиваемых (владеющих русским языком).

Ответы испытуемых на опросники-шкалы соотносились с данными других психодиагностических тестов и методик, которые также предъявлялись до и после психотерапии. Среди них САН, оценивающий самочувствие, активность, настроение; тест mini-ММПИ, отражающий актуальное психическое состояние; проводилось определение посттрав-

136

матического стрессового психологического состояния по DSM III R (2).

При статистической обработке данных (корреляционном анализе) была установлена положительная прямопро-порциональная связь между ответами, полученными при использовании опросников-шкал и результатами применения других психодиагностических методик, например, чем выше были показатели по тесту ММПИ, тем выше показатели по опросникам-шкалам.

Таким образом, можно сделать вывод о ретестовой надежности, о надежности взаимозаменяемых форм, корреляционной надежности с психодиагностическими тестами. Валидизация шкал типа лайкертовских не проводилась, так как для них достаточно внутренней согласованности.

Таблица 1

ШКАЛА

СЕНСОРНО-ВЕРБАЛЬНОГО ВОСПОМИНАНИЯ

Ф. И. О _____

Возраст _____ Пол: М/Ж

Дата заполнения _____

ДО /ПОСЛЕ психотерапии

1. Опишите событие, которое оказалось для вас травмирующим, из-за которого вы пережили _____

2. Укажите, когда это событие произошло: число-----месяц _____ год _____

3. Прочитайте каждый пункт, содержащий описание того, как возникает воспоминание о травмирующем событии. Выберите пункт, который точнее всего отражает ваше состояние в момент воспоминания.

Зачеркните в опроснике соответствующую цифру с левой стороны.

137

+ 5 Событие как будто само всплывает в памяти и повторяется вновь. Вспоминаемое событие невозможно отличить от реально пережитого. Неприятные ощущения в теле и переживания могут влиять на текущее состояние. Мысли концентрируются только на событии, от этих размышлений трудно отвлечься.

+ 4 Вспоминаемое событие яркое, четко соотносится с реальным событием. Отмечаются неприятные телесные ощущения и переживания. Мысли постоянно возвращаются к событию. Оно оценивается и анализируется.

+ 3 Событие вспоминается в зрительной и/или звуковой форме. Достаточно выражены неприятные ощущения в теле и переживания. Мысленное истолкование события продолжается в течение длительного промежутка времени.

+ 2 Событие возникает в памяти, но уже существенно отличается от реального. Неприятные ощущения и переживания незначительны. Мысленное истолкование события длится некоторое время.

+ 1 Вспомнить событие достаточно трудно. Оно возникает в памяти как «прозрачная картинка» в виде зрительного и/или звукового образа и на нее не сразу обращается внимание. Испытываются

едва уловимые неприятные ощущения и легкое волнение. Мысли иногда «крутятся» вокруг события.

О Отдельные отрывочные зрительные, звуковые, обонятельные, вкусовые ощущения, связанные с событием, редко возникают в памяти. Неприятные телесные ощущения и переживания отсутствуют. Иногда могут появиться разрозненные мысли о событии.

— 1 Событие невозможно вспомнить, неприятных ощущений и переживаний нет. Чувствую себя здоровым. Осталось только знание того, что такое событие имело место.

138

Таблица 2

ШКАЛА

СЕНСОРНО-ВЕРБАЛЬНОГО ЗАБЫВАНИЯ

Ф. И. О. _____ ! _____

Возраст _____ Пол: М/Ж

Дата заполнения _____

ДО / ПОСЛЕ психотерапии

1. Опишите событие, которое оказалось для вас травмирующим, из-за которого вы переживали. _____

2. Укажите, когда это событие произошло: число ____ месяц ____ год _____

3. Прочитайте каждый пункт, содержащий описание того, как может забываться травмирующее событие.

Зачеркните в опроснике соответствующую цифру с левой стороны.

+ 5 Забыть событие невозможно. Оно постоянно возникает в памяти. Вспоминаемая картина неотличима от реально пережитого травмирующего события. Невозможно избавиться от образов (зрительных и/или звуковых), связанных с событием. Возникают неприятные ощущения. Постоянно анализируется образ травмирующего события.

+ 4 Забыть событие не удастся. Трудно отвлечься от травмирующей картины. Если переключиться на текущие дела, то можно временно избавиться от зрительных и/или звуковых образов, связанных с травмирующим событием. Ощущения и мысли, связанные с ним, «присутствуют» почти всегда.

+ 3 Событие еще не забыто. Воспоминание о нем не такое яркое, как прежде. Еще испытываются неприятные ощущения, переживания. Мысли «крутятся» вокруг содержания события.

v

139

+ 2 Событие забывается. Оно возникает в памяти, как «прозрачная картинка», на которую не сразу обращается внимание. Неприятных ощущений и переживаний, связанных с событием, становится меньше. Мысли о нем возникают все реже.

+ 1 Травмирующее событие почти забыто. Можно сознательно устранить возникающие зрительные и/или звуковые образы, связанные с травмирующим событием. Переживания и мысли не успевают «подключиться» к оценке события. Возникающее воспоминание не влияет на текущее состояние. О Полная картина события не восстанавливается. В памяти возникают лишь разрозненные, отдельные его части. Это не вызывает тревоги и беспокойства. Мысли быстро отвлекаются от обрывков события.

— 1 Все забыто. В памяти нет ни зрительной, ни звуковой картины события. Вспомнить травмирующее событие не удастся даже при желании. Нет переживаний и мыслей, связанных с событием. Спокоен, здоров.

Таблица 3

ШКАЛА

СЕНСОРНО-ВЕРБАЛЬНОГО ЗАБЫВАНИЯ-ВОСПОМИНАНИЯ

Ф. и. о. _____ :

Возраст _____ Пол: М/Ж

Дата заполнения _____

ДО/ПОСЛЕ психотерапии

1. Опишите событие, которое оказалось для вас травмирующим, из-за которого вы переживали. ---

2. Укажите, когда это событие произошло: число ____ месяц ____ год _____

3. Прочитайте каждый пункт, содержащий описание того, как забывается и вспоминается травмирующее событие.

140

Зачеркните в опроснике соответствующую цифру с левой стороны.

— 1 Событие не помнится ни в зрительной, ни в звуковой форме. Не думаю о нем. Нет никаких неприятных ощущений в теле. Здоров, спокоен. О Событии практически забыто. Возникают только отрывочные воспоминания. Мысли сразу отвлекаются от обрывков картины происшедшего. Отсутствуют неприятные телесные ощущения. Переживаний нет.

+ 1 Событие вспомнить достаточно трудно. Можно заметить момент появления воспоминания и прервать его. Мысли не успевают «подключиться» к оценке события. Испытываются едва заметные неприятные ощущения и волнение. Воспоминание не влияет на текущее состояние.

+ 2 Событие забывается и вспоминается. Оно возникает как «прозрачная картинка», на нее не сразу обращается внимание. Обдумывается и оценивается содержание события. Отмечаются неприятные ощущения, связанные с переживаемым событием.

+ 3 Событие восстанавливается в памяти при любых напоминаниях (зрительных, звуковых, обонятельных, осязательных). Мысли долго «крутятся» вокруг события. Отмечаются неприятные ощущения в теле, беспокойство. Испытывается недомогание.

+ 4 Событие вспоминается ярко и четко в зрительной и/или звуковой форме. Возникшая картина почти не отличима от реального травмирующего события. Мысли постоянно возвращаются к событию. Отмечаются неприятные ощущения в теле, сильные переживания. Возникает состояние нездоровья.

+ 5 Событие вспоминается само. Картина, возникающая в памяти, представляет его так, как оно происходило в реальности. Невозможно отвлечься от мыслей о травмирующем событии. Отмечаются продолжительные глубокие переживания и ярко выраженные неприятные ощущения в теле, как при болезни.

141

Таблица 4

ШКАЛА

ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗА СТРЕССОВОГО СОСТОЯНИЯ

Ф. и. о _____ !

Возраст----- Пол: М/Ж

Дата заполнения _____

Событие, из-за которого вы переживаете: (перечеркните): есть, нет

Если есть, то назовите это событие _____

Укажите, когда оно произошло: число-----месяц-----год -----

1. Прочитайте варианты ответов на вопрос, насколько хорошо вы помните об этом событии? С левой стороны перечеркните только один номер, соответствующий вашему ответу.

- 1) Все отчетливо помню.
- 2) Много хорошо помню.
- 3) Плохо помню.
- 4) Легко вспоминаю, так же легко забываю.
- 5) Начинаю забывать.
- 6) Почти забыл (а).
- 7) Совсем забыл(а).

2. Воспроизводя в памяти травмирующее событие, определите, как вы его вспоминаете. Перечеркните номера подходящих ответов (их может быть несколько).

- 1) Вижу, как в кино и/или как фотографию.
- 2) Слышу, как реальный разговор и/или как запись на кассете. Вижу и слышу одновременно.
3. Обратите внимание на свои мысли. О чем выдумаете, когда вспоминаете об этом событии?

Запишите кратко _____

142

4. Как часто и долго вы думаете об этом событии? *Перечеркните одну из цифр.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Редко

Часто

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Недолго

Долго

5. Оцените свое текущее состояние.

Подчеркните.

Здоров Испытываю недомогание

Болен

143

Таблица 5

САМООЦЕНОЧНАЯ ШКАЛА ЭМОЦИЙ

Ф. И. О _____

Возраст _____ Пол: М/Ж

Дата заполнения _____

ДО/ПОСЛЕ психотерапии

1. Опишите событие, из-за которого вы переживали

2. Укажите, когда это событие произошло: число _____ месяц _____ год _____

Событие, из-за которого вы переживали, можно охарактеризовать с помощью прилагательных. Вы читаете слова слева и справа от линии и выбираете из двух прилагательных то, которое больше подходит для описания вашего переживания. На линии вы отмечаете, насколько сильным является ваше переживание, чем ближе отметка к одному из прилагательных, тем сильнее переживание. Охарактеризуйте таким образом свои переживания с помощью всех десяти пар прилагательных.

Например:

Понял, как -----	Не знаю, как -----
выполнять задание	выполнять задание
Интересующийся -----	Скучающий
Радостный -----	Грустный
Удивленный -----	Безразличный
Горящий -----	Ликующий
Гневный -----	Спокойный
Чувство отвращения -----	Чувство приятного
Презрительный -----	Уважительный
Страшщийся -----	Неопасающийся
Стыдливый -----	Беззастенчивый
Виноватый -----	Правый

144

Таблица 6

ШКАЛА

ОБРАЗНОГО ВОСПОМИНАНИЯ-ЗАБЫВАНИЯ

Ф. И. О _____

Возраст _____

Пол: М/Ж

Дата заполнения _____

ДО/ПОСЛЕ психотерапии

1. Опишите событие, которое оказалось для вас травмирующим, из-за которого вы переживали-----

2. Укажите, когда это событие произошло: число _____ месяц _____ год _____

Прочитайте слева и справа от линии фразы, которые описывают, как мы запоминаем или забываем что-либо. Определите, в какой мере вы сохранили воспоминание о травмирующем событии или забыли о нем.

Чем ближе к фразе ваша отметка, тем выше степень забывания или воспоминания. Например:

Понял, как -----	Не знаю, как -----
выполнять задание	выполнять задание
Зрительно помню -----	Событие забыто, нет картины
Помню звуки, -----	Они забылись, нет звуков
связанные с -----	
событием -----	
Переживаю, боюсь -----	Спокоен, нет эмоций

Думаю о событии, внутренний диалог	-----	Нет размышлений
Чувствую вкус/ запах	-----	Не помню вкуса, запаха
Есть неприятные ощущения в теле	-----	Здоров, неприятных ощущений нет

10-5574

Глава 8

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГИПНОЗА И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Как в научной, так и в научно-популярной литературе достаточно много написано о том, при каких заболеваниях гипноз эффективен, а когда польза от него частичная. Но очень немного сообщений, касающихся осложнений гипноза. Многие из них появились лишь в последние годы (10, 17, 25, 30-34, 147, 248).

Следует сказать, что не существует методов лечения и лекарств, которые не имели бы каких-либо побочных действий. Это зависит не только от метода лечения, лекарства, его дозы, длительности применения и т. д., но и от индивидуальных особенностей того или иного человека. Укус пчелы для одного человека может явиться благом, оказать терапевтический эффект, у другого — привести к летальному исходу (что, к счастью, бывает крайне редко), вследствие выраженной аллергической реакции.

Следует сразу отметить, что клинический гипноз принципиально отличается от экспериментального, эстрадного или спортивного.

В практике отечественной психотерапии специалисты в области психологии относятся к гипнозу с подчеркнутой осторожностью, считая *его* чисто медицинским методом.

В данной главе мы проанализируем существующие в медицинской литературе сведения и поделимся собственным опытом (хотя опыт одного индивида — это капля в море) по вопросу об осложнениях при применении гипноза.

Вредные последствия гипноза могут проявляться из-за неправильного внушения. В частности, может иметь место

146

проявление самостоятельных галлюцинаций, которые наблюдал А. А.Токарский. Он описывал самостоятельные галлюцинации, бред, двигательное возбуждение и даже постгипнотический бред с потерей сознания, резкое расстройство настроения.

Отрицательное влияние гипноза на здоровье человека, по мнению Л.П.Гримак (56), необходимо рассматривать в двух аспектах:

1. Возможное нанесение вреда самим гипнозом как психофизиологическим процессом в виде неблагоприятного действия на психическую сферу загипнотизированного или другие функциональные системы организма.
2. Многократное возрастание опасности недоброго слова для человека, воспринимающего это слово в гипнозе или близких ему фазовых состояниях сознания.

В литературе нет единого мнения об осложнениях гипноза. Существует точка зрения, что гипноз причиной осложнений является не более, чем стрессоры ежедневной жизни. Если мы говорим о потенциальном эмоциональном вреде, то гипноз сам по себе его не вызывает.

В старой медицинской литературе почти не приводится описание тяжелых осложнений при применении гипноза в лечебных целях. Медики при проведении гипнотических сеансов придерживались определенных правил.

При правильном проведении гипнотизации сам по себе гипноз совершенно безвреден (8, 14). Тем не менее, осложнения при гипнотизации хотя и редко, но встречаются: утрата раппорта во время сеанса, спонтанный катарсис, истерический гипноид, спонтанный сомнамбулизм, гипнотическая летаргия.

Считают, что гипноз не показан, прежде всего, при шизофрении с бредом отношения или физического отношения (синдром Кандинского —Клерамбо), дебильности выраженной степени, а также у больных, у которых гипнотизация провоцирует эпилептиформные припадки, при ли-

ю*

147

хорадке, выраженной интоксикации, нарушении сознания (сопор, кома). Гипноз противопоказан истерическим личностям с гипоманическими установками. Среди них часто встречаются больные

с осложнениями типа истерического гипноида или психопатические личности с сексуальными девиациями и перверсиями.

Не следует применять гипноз у больных с острым инфарктом и острым нарушением мозгового кровообращения. Нельзя применять гипноз как обезболивающее средство в случаях, когда боль является сигналом нераспознанного болезненного состояния (например, флегманозный аппендицит и др.).

С нашей точки зрения не показан гипноз больным с подозрением на онкологическое заболевание, так как временное устранение симптомов может затушевывать картину заболевания и врач может пропустить рак на ранней его стадии.

В тоже время при установлении окончательного диагноза — «раковая болезнь», гипноз помогает снять мучительные боли у этих больных, устранить невыносимые страдания. За рубежом таких больных специально обучают методике самогипноза.

Недопустимо проведение гипнотерапии при отсутствии непосредственной обратной связи с гипнотизируемым.

В Великобритании и США не рекомендуется применять гипноз при лечении психозов, биполярных аффективных расстройств, агорафобии, невроза навязчивых состояний и др.

Полный набор противопоказаний приведен G.Gardner и K.Olness (197). Гипнотерапия противопоказана, когда:

- 1) имеется неправильное понимание гипноза;
- 2) налицо негативное отношение влиятельных взрослых — родителей, медицинского персонала, учителей;
- 3) внимание ребенка отвлекается такими ситуационными факторами, как острая боль или тревога;
- 4) показано прямое медикаментозное или хирургическое вмешательство;

148

- 5) показано альтернативное лечение;
- 6) ребенок не вполне мотивирован к изменению, например, при извлечении вторичной выгоды;
- 7) симптом маскирует серьезную тревогу или депрессию, или иную психопатологию, и его устранение приведет к еще более тяжким последствиям.

Опасность может возникнуть по причине неуместного применения гипноза, а также при отсутствии знаний и навыков, необходимых для безопасного проведения лечения, осуществляемого посредством гипноза.

Опасно также многократное погружение в гипноз, оно может привести к психической зависимости от гипнотизера, которая в гипнологии называется «гипноманией».

За период 1962— 1986 гг. было опубликовано 6 исследований, касающихся осложнений гипноза.

В одних исследованиях анализировались результаты, полученные психиатрами, психологами, стоматологами и врачами, которые применяли гипноз в лечебных целях, в других исследованиях проводились интервью со студентами-добровольцами, участвовавшими в сеансах гипноза. Задавались вопросы и членам американского общества клинического гипноза и членам общества клинического и экспериментального гипноза.

Среди осложнений гипноза были отмечены: возникновение выраженного страха, панических приступов, повышенная зависимость от гипнотерапевта, головные боли, головокружения, нарушения поведения, фантазии на сексуальные темы, суицидальные мысли или попытки у больных, уже страдавших депрессией, обмороки, потеря раппорта.

Единичные тяжелые осложнения гипноза, как правило, описаны в связи с эстрадным гипнозом.

Если гипноз в клинике предназначен для лечения больного и в этом участвует квалифицированный специалист, то эстрадный гипноз — это сценическое действие, предназначенное для развлечения публики. У эстрадных гипнотизеров своя, определенная манера поведения. Всем желающим предла-

149

гается выйти на сцену и принять участие в сеансе. Затем на сцене происходит отбор, по своеобразным признакам эстрадный гипнотизер оставляет тех, кто не будет «сопротивляться» гипнозу.

На сцене остается тщательно отобранная группа желающих участвовать в представлении. Вводя членов группы в транс, эстрадный гипнотизер на потеху публике заставляет их выполнять любые его желания. Иногда это может отразиться на здоровье человека.

Среди тяжелых побочных действий гипноза могут быть (к счастью редко) истерический припадок, истерический гипноид и спонтанный сомнамбулизм. Возможно осложнение в гипнозе с

внезапным переходом гипноза в истерический припадок с «буйством» или в истерический ступор или сумеречное расстройство сознания. Гипнотизеру следует с помощью резкого, властного и повелительного тона быстро купировать это состояние, императивным тоном предложить больному успокоиться, вывести из транса, усадить его, дать выпить воды, а затем дать успокаивающие средства (бром, валериана).

Гораздо реже во время гипнотического сеанса встречаются истерические припадки, так называемый истерический гипноид. Он возникает у глубоко истерических, невро-тизированных личностей. В самом начале гипнотизации у них может возникнуть типичный истерический припадок с вскрикиваниями, всхлипываниями, рыданиями, судорогами. Лишь у больных истерией в крайне редких случаях гипнотический сон может перейти в состояние истерического ступора.

При спонтанном сомнамбулизме пациент внезапно теряет раппорт с гипнологом, так как впадает в сомнамбулическое состояние, у него появляются галлюцинации, реализуются сложные формы поведения: испытуемый встает, ходит, обращается к воображаемым лицам, разыгрывает какую-нибудь роль или эпизод из своей прошлой или воображаемой жизни. Ниже приводится пример спонтанного сомнамбулизма.

150

Ф. MacNoves (248) приводит описание случая, когда девочка-подросток почувствовала себя «нехорошо» после сеанса массового эстрадного гипноза. Ее язык запал в горло, и девочка начала задыхаться. В больнице, в которую она была госпитализирована, она впадала в глубокий ступор, не отвечала на вопросы, не различала предметы, людей. Наблюдалась задержка мочи. Клиническое и лабораторное обследование (осмотр невропатолога, электрокардиограмма, электроэнцефалограмма, анализ спинномозговой жидкости) не выявили отклонений. Вызванный эстрадный гипнотизер не смог оказать действенной помощи. В ступорозном состоянии больная находилась в течение недели. Развилась вторичные осложнения: инфекция верхних дыхательных путей и мочевого тракта.

Психиатром была сделана попытка лечения девочки гипнозом. Ее состояние временно улучшилось, но через три месяца возник рецидив: появились головные боли, астения. Повторный сеанс был более трудным — потребовалось два дня, чтобы привести больную в нормальное состояние, и шесть месяцев еженедельных сеансов гипноза, чтобы предотвратить рецидивы. Авторы статьи отмечали, что ранее, до эстрадного гипноза у девочки не отмечалось психических нарушений.

Другой пример, описанный в статье Ф. MacNoves (248). Осложнение после сеанса гипноза возникло у женщины, родившейся во Франции, которая в возрасте 6 лет пряталась от нацистов во время II мировой войны. В среднем возрасте во время сеанса эстрадного гипноза она почувствовала, что с ней что-то «неладно». На следующий день у нее развилось диссоциативное состояние, дереализация, деперсонализация, детское поведение, появилась головная боль, тошнота, головокружение, сонливость, депрессия, эпизодическая психотическая декомпенсация и самопроизвольный транс. Эти симптомы уменьшились и исчезли после единственного сеанса у профессионала-гипнотерапевта.

Мы наблюдали два случая осложнений гипноза у лиц, посетивших сеансы массового гипноза, которые проводи-

151

лись в клубе. Девушка-студентка принимала непосредственное участие в массовом гипнозе, проводившемся в клубе. Она выполняла по требованию гипнотизера йоговские упражнения. После сеанса девушка дома продолжала выполнять йоговские упражнения постоянно и днем и ночью, причем никакой коррекции не поддавалась. При осмотре психиатром у нее было зафиксировано спутанное сознание, она плохо ориентировалась в окружающей обстановке. При беседе с ней выявилась психофизическая истощенность — приступы сонливости, стремление облокотиться или положить голову на стол. Девушка была госпитализирована в психиатрическую больницу, где ей поставили диагноз шизофрения. Конечно, не гипноз стал причиной шизофрении, которая у нее развивалась подспудно, но он мог вызвать обострение заболевания. Девушка покончила с собой, выбросившись с 12-го этажа.

Другой случай истерического гипноида произошел на представлении одного известного целителя. У одной из участниц массового гипноза появился неконтролируемый истерический плач, который не купировался в течение длительного времени.

На одном из последних Всемирных конгрессов по гипнозу был представлен доклад, в котором были приведены сведения об осложнениях гипноза, проводившегося на эстраде. К ним относились

появление чувства страха, у некоторых — появление длительного чувства стыда, возникновение самопроизвольного и неконтролируемого состояния транса и даже посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Термин «посттравматическое стрессовое расстройство» активно внедряется в медицинскую практику с 1980 года. Он включен в официальную американскую номенклатуру психических заболеваний, как состояние, вызванное тяжелым стрессом. Это состояние может появиться у любого человека, независимо от возраста, в том числе и у ребенка. Симптомы ПТСР у человека, подвергнувшегося воздействию психической травмы, в ряде случаев подавлены и скрыты.

152

На ранней стадии пациент может страдать только длительной бессонницей, у него наблюдаются проявления депрессии или трудности в общении с людьми, в ряде случаев он может не осознавать сложности своего положения. Типичные симптомы включают в себя навязчивые переживания, ночные кошмары, чувство отчуждения, эмоциональный уход в себя и потерю интереса к жизни. Отмечаются гиперчувствительность, нервность, бессонница, неспособность сфокусировать внимание на длительный период времени. В ряде случаев воздействие происходит не только на тех, кто выжил в катастрофах, или тех, кто потерял любимого человека, но и на спасателей — свидетелей этих событий. Симптомы могут обнаружиться у психически незрелых людей, у которых постепенно накапливаются стрессы. Даже сцены насилия, катастроф, показанные по телевидению, могут привести к развитию ПТСР (особенно это касается детей). Проведенные нами эпидемиологические исследования среди детей школьного возраста выявили ПТСР в 30% случаев, в то же время среди детей, страдающих психосоматическими функциональными заболеваниями, эта цифра достигала 50%.

В собственных наблюдениях в клинических условиях (более 1000 детей и подростков) мы регистрировали лишь единичные и незначительные осложнения во время и после проведения гипнотерапии: в виде головной боли у одного ребенка, головокружения — у одного, слабости в ногах — у одного, одеревенелости в шее и руке — также у одного ребенка. После соответствующих внушений эти последствия были быстро устранены и не возобновлялись. При этом следует учитывать, что нами соблюдался тщательный отбор детей для гипнотерапии с исключением детей, имеющих абсолютные и относительные противопоказания.

Маховер в течение длительного времени занимался сбором сведений об осложнениях гипноза и, на основе собственного опыта, считает, что факторы риска осложнений гипноза делятся на три части:

153

- 1) факторы риска со стороны больного,
- 2) факторы риска со стороны гипнотерапевта,
- 3) факторы риска со стороны окружающей обстановки.

Чтобы избежать осложнений, относящихся к первой группе, требуется перед гипнотерапией проводить тщательный отбор больных для этого метода лечения: собрать семейный и личный анамнез, оценить физическое и психическое состояние пациента на момент лечения.

Факторы риска со стороны гипнотерапевта делятся на профессиональные и личностные. *К профессиональным факторам относятся:*

- недостаток знаний,
- недостаток опыта,
- недостаток тренинга,
- недостаток способностей.

К личностным факторам относятся:

- алкогольная, лекарственная зависимость,
- персональные пристрастия (этнические, религиозные, расовые).

Гипнотерапевт должен быть компетентен в смежных областях медицины: в психиатрии, терапии, а если работает с детьми — в педиатрии и т. д. Список заболеваний, при которых гипноз проводить не рекомендуется, мы привели выше. Гипноз как один из методов психотерапии должен применяться только при лечении тех заболеваний, при которых он может принести пользу. Необходимо получить согласие больного или родителей ребенка, который подлежит лечению гипнозом. Дети, обладающие богатым воображением, как мы уже говорили, хорошо поддаются гипнозу, обычно он применяется в отношении детей старше семи лет. И это не потому, что боятся какого-либо нежелательного влияния на психику, а потому что ребенок должен понимать, чего от него хочет гипнотерапевт.

Существует мнение, что гипноз ослабляет волю, понижает сопротивляемость нервной системы в неблагоприятных жизненных ситуациях. Из-за того, что гипнозу исторически приписывались таинственные свойства, некоторые люди боятся гипноза, который представляется им как нечто, способное изменить их личность. Боязнь заснуть и не проснуться, ослабить волю, впасть в транс самопроизвольно и т. д.

Однако с этим нельзя согласиться. Гипноз не лишает силы воли и не мешает отличать добро от зла. Именно гипноз является средством борьбы с ослабленной волей у алкоголиков и курильщиков и обладателей других вредных привычек. Гипнотерапия укрепляет волю, активизирует личность, мобилизует физические и психические резервы организма.

Л.П.Грибак — известный российский психолог и гипно-терапевт, автор известных книг по гипнозу, многие годы работавший с нашими космонавтами, доказал, что под влиянием гипноза не происходит каких-либо структурных изменений личности (54, 56). В.М.Бехтерев (7) на основании многочисленных клинических и экспериментальных наблюдений еще в 90-е годы прошлого столетия категорически отрицал патологический характер гипнотического состояния.

Вышеописанных осложнений гипноза можно легко избежать, если специалист-гипнотерапевт будет выполнять все правила профилактики факторов риска.

Следует отметить, что тяжелые осложнения не типичны, наблюдаются чрезвычайно редко и описываются в единичных наблюдениях. Но о них следует знать, чтобы больной сам мог сделать вывод: участвовать ли ему в массовом эстрадном гипнозе, обратиться ли ему за помощью к специалисту-гипнологу или целителям, не обладающим комплексом научных знаний.

Е.Р.Нилгард и А.Н.Морган (218) в экспериментах на 220 здоровых студентах выявили кратковременные эффекты последствия (сонливость, легкая головная боль) у 7,7% испытуемых. Быстрая дегипнотизация может вызвать ряд неприятных субъективных ощущений: головокружение,

слабость, сердцебиение, чувство тревоги. Гипноз является равноправным методом лечения наряду с другими методами, но имеет ряд преимуществ перед медикаментозными, так как при нем отсутствуют побочные действия лекарственных веществ и аллергия организма. Гипноз не является универсальным методом, имеет показания и противопоказания. Гипнотерапия, проводимая специалистом, позволяет избежать нежелательных побочных эффектов гипноза.

Известный исследователь гипноза D.Spiegel (301) пишет: «Врачи часто боятся, что гипноз потенциально опасен для пациента. На самом деле гипноз абсолютно безопасен и имеет меньше побочных эффектов, чем самое мягкое лекарство». Гипноз сам по себе не опасен, но некомпетентный или неэтичный гипнолог способен навредить своим незнанием человеческому сознанию. Особенно чреваты осложнениями телевизионные сеансы гипноза, где отсутствует отбор больных и обратная связь с ними.

По мнению Р.Д.Тукаева (114), гипнотическое состояние и сам процесс гипнотизации имеют стрессогенный характер. По его данным, гипногенный стресс потенцирует стресс-реализующую гипофизарно-адреналовую систему (с выделением АКТГ, стероидных гормонов надпочечников) и адреналин-ацетилхолиновую нейромедиаторную систему. Стероидный компонент гипногенной стресс-реакции оказывает постоянное влияние на показатели крови и, соответственно, всего организма. Поэтому, по данным автора, курс гипнотерапии может рассматриваться как процесс адаптации к коротким стрессорным (гипнотическим) воздействиям, поскольку обладает характерными для данного класса стрессогенных биологическими свойствами.

Исходя из этого, должны существовать определенные ограничения к терапевтическому использованию гипноза и гипнотерапии. Иначе, во-первых, при чрезмерной интенсивности гипногенного стресса он может перейти из звена реадaptации в звено дезадаптивного патогенеза. И, во-вторых — неограниченно длительная гипнотерапия с умерен-

ной интенсивностью гипногенного стресса способна привести к снижению и последующему истощению адаптационных ресурсов организма.

Прошло более 15 лет со дня нашумевших телевизионных психотерапевтических сеансов А.М.Кашпировского. Первый сеанс по I каналу телевидения состоялся 8 октября 1989 года. Вся страна прильнула к экранам телевизора, во время сеанса улицы опустели. Многие жаждали бесплатного и скорейшего исцеления. И сразу после сеансов появились как сторонники этой

психотерапии, так и ее ярые противники.

Многочисленные газетные публикации пестрели заголовками: «Чудо в том, что чуда нет», «Личность, о которой сейчас говорят», «А.Кашпировский: лечу всех», «Когда страна в транс», «Еще раз о докторе Кашпировском» и т. д. Заговорили о феномене Кашпировского. Каких только прозвищ не получил Кашпировский: «злой гений», «человек с черным полем» и т. д.

Анатолий Михайлович окончил Винницкий Государственный Медицинский институт. Когда поступил в институт, начал заниматься тяжелой атлетикой, выполнил норматив мастера спорта. Вел довольно аскетический образ жизни: изнурительные тренировки, книги, учеба. Огромное влияние на него, по его словам, оказали книги. Они в первую очередь вызвали стремление к самовоспитанию.

После окончания института остался работать в Винницкой областной психиатрической больнице, в которой проработал 25 лет, из них большую половину — психотерапевтом. В 1964 прошел специализацию по психотерапии в Харькове на кафедре психотерапии, которая славится своими традициями, где впервые по его словам увидел сеанс гипноза. Затем проводил лекции и сеансы коллективного гипноза в сельских клубах Винницкой области и в других регионах страны (побывал 3 раза на Сахалине).

По его словам, провел более 1700 подобных встреч, на которых он оттачивал и шлифовал свое мастерство психотерапевта-гипнолога. После чего вышел вначале на телевидение в Киеве (провел пять сеансов для детей, с ночным

157

недержанием мочи), а затем начал проводить психотерапевтические сеансы в Москве.

В многочисленных интервью Кашпировский заявлял, что гипноз на телевидении не применяет: «Вы обратили внимание, что во время моих сеансов люди ходят, разговаривают, сидят с открытыми глазами». — Да, но часть других вертят головами и размахивают руками.

Кашпировский называл то, что он делает, не гипнозом, а трансом, — но транс этой есть гипноз. Транс — это одна из форм естественных состояний, хорошо знакомых каждому человеку (мечтания, медитация, молитва). Впервые обратил внимание на большие терапевтические возможности «малых» (поверхностных) форм гипноза М.Эриксона, их он обозначил как транс.

И отечественные специалисты, и зарубежные, просмотрев видеозапись известного телемоста «Киев — Тбилиси», сошлись в едином мнении, что обезболивание, проводимое Кашпировским во время операции, является классическим примером работы хорошего гипнотизера. Уникально то, что невозпроизводимо. Но еще в 1845 году английский врач Джеймс Исдейл провел под гипнозом более трехсот операций, включая полостные, удаление опухолей и ампутацию конечностей. В марте 1988 года зрители американской телевизионной станции Си-Эн-Эн наблюдали удаление раковой опухоли на ноге пациентки, в то время как она находилась в состоянии гипноза. Однако лишь людям с третьей степенью гипнабельности, которых около 3 — 8%, можно проводить подобные операции, так как только они теряют болевую чувствительность.

Опасность телегипнотерапии, как мы уже говорили, заключается в том, что отсутствует обратная связь со зрителем. С одной стороны феномен телевидения повышает внушаемость, но, с другой стороны, это может привести к побочному действию гипноза. Его побочными явлениями могут быть следующие осложнения: малоуправляемые истерические, психотические состояния, истерические судороги, спровоцированные гипнозом острые шизофреничес-

158

кие и эпилептические расстройства. Среди тяжелых побочных действий гипноза могут быть истерический припадок, истерический гипноид и спонтанный сомнамбулизм.

Возможны осложнения в гипнозе с внезапным переходом из гипноза в истерический припадок с «буйством» или в истерический ступор или сумеречное расстройство сознания. Чтобы избежать осложнений при индивидуальном или групповом гипнозе, требуется проведение тщательного отбора пациентов перед гипнотерапией.

Гипноз противопоказан при шизофрении, дебильности выраженной степени, лихорадке, выраженной интоксикации, нарушении сознания; лицам, у которых гипнотизация провоцирует эпилептические припадки. Не следует применять гипноз у больных с острым инфарктом и острым нарушением мозгового кровообращения. Нельзя применять гипноз, как обезболивание в случаях, когда боль является сигналом нераспознанного болезненного состояния (например, флегманозный аппендицит и др.). Поэтому недопустимо проведение гипнотерапии при отсутствии непосредственной обратной связи с гипнотизируемым и при отсутствии наблюдения за пациентом после сеанса гипнотерапии.

Последствиями проводимой Кашпировским телевизионной гипнотерапии явились «мешки» писем с описанием положительных результатов и различного рода статьи в периодической и специальной печати с описанием случаев осложнений после сеансов по телевизору.

Конечно, был и положительный момент в сеансах телевизионной психотерапии: факт пробуждения интереса у миллионов людей к роли гипнотерапии в лечении соматических и психосоматических заболеваний. Но в то же время к гипнозу появилось и настороженное отношение. И это ощущается до сегодняшнего дня.

Заключение

Агрессивная реклама лекарственных фирм (порой не соответствующая действительности) с каждым годом увеличивает количество побочных действий медикаментов. Дело доходит до того, что по статистическим данным смертность от побочного действия лекарств, например, в США находится на 4 —5 месте. Все это вынуждает нас обратить внимание на разработку эффективных немедикаментозных методов лечения, в частности, на более широкое использование гипнотерапии, не только среди взрослых, но и детей.

К сожалению, до настоящего времени, как показывает практика, многие врачи, психологи, не говоря уже о населении, мало осведомлены в вопросах гипноза и внушения. Это объясняется не только нехваткой литературы (хотя в последние годы на прилавках медицинских магазинов появилось с десятков книг, посвященных гипнозу, как переводных, так и отечественных авторов), но и отсутствием подготовки в вузах по вопросам гипнотерапии.

В настоящее время российская гипнология находится в глубоком кризисе вследствие отсутствия понимания роли и места гипноза в медицине со стороны академической науки, многих российских психологов и части психотерапевтов. Пренебрежение исследованиями в области гипноза в нашей стране не оправданно.

В то же время во всем мире происходит дальнейшее накопление фактов по вопросу гипноза и гипнотерапии, их анализ, систематизация и обобщение. Имеются сдвиги в понимании и изучении природы гипноза (история гипноза, специфичность гипнотического состояния, отличия гипноза от сна и бодрствования, стадии глубины гипноза, гипна-

160

бельность, внушаемость, проблема изменчивости гипна-бельности, доминантность полушарий мозга и др.)

Если раньше *традиция лечения больных в группе* соблюдалась, а затем была утрачена — и гипнотерапия стала применяться индивидуально, то в настоящее время *метод групповой гипнотерапии* начинает завоевывать свои прежние позиции.

Однако личностные различия групп низко и высокогипнабельных больных требуют дальнейшего изучения. Также требуют дальнейшего изучения пути повышения гипнабельности, поиска оптимальных приемов индукции и измерения гипнотического состояния, новых клинических аспектов применения гипноза (интеграции методов гипнотерапии и психотерапии с включением таких психотерапевтических приемов, как поведенческая модификация, де-сенсизация, аутотренинг, самоактуализация и др.).

Кроме того, недостаточно изучено сопоставление клинического и экспериментального гипноза. Остается открытой проблема подсознательного и неосознаваемого:

- гипноз как метод изучения неосознаваемых психических явлений;
- гипноз и защитные механизмы — вытеснение, рационализация и т. п.;
- искусственно созданные с помощью гипноза неосознаваемые конфликты;
- эффекты гипноза и их влияние на поведение и на психические процессы,
- сопоставительное исследование когнитивных процессов в бодрствующем состоянии и во время гипноза.

Следует продолжать исследования физиологических и биохимических механизмов гипноза с использованием электроэнцефалографических и других физиологических показателей с целью уточнения специфики состояния сознания под гипнозом, возможных клеточных, иммунологических изменений и окончательно решить вопрос, является ли гипноз плацебо или не-плацебо.

11-5574

161

Особое отношение должно быть к изучению самогипноза, так как это наиболее перспективное направление, ценное не только как терапевтическое средство, но и как профилактика стрессовых состояний и посттравматического стрессового расстройства.

Надо продолжать изучение применения гипноза с позиций доказательной медицины при психосоматических заболеваниях у детей. Но даже существующие данные об эффективности гипнотерапии с внедрением ее в широкую педиатрическую практику могут внести значительный вклад в немедикаментозную терапию многих заболеваний.

Должно быть продолжено и рассмотрение юридических и этических проблем, связанных с гипнозом. Это касается, в частности, разработки четких стандартов проведения гипнотического сеанса и взаимоотношений гипнолога и гипнотизируемого (176). За рубежом гипнотерапией при соответствующей подготовке могут заниматься психологи. В нашей же стране роль психолога в основном заключается в проведении психологического тестирования и коррекции отклонений поведения от нормы. Проведение же многих психотерапевтических работ, в частности — гипнотерапии, психологам не разрешено. При таких условиях достичь достаточного числа высокопрофессиональных психотерапевтов-гипнологов в ближайшее время будет нереально.

За последние десятилетия практика гипнотерапии значительно продвинулась во всем мире, особенно в США, Канаде, европейских странах, Израиле, Австралии, Турции. В Канаде и Австралии в настоящее время интенсивно ведутся исследования по экспериментальному гипнозу.

Очень жаль, что мы в России, имея богатую и оригинальную историю российской гипнологии, утратили свои традиции. Фактически, в настоящее время развитие научной и прикладной гипнологии в России является уделом энтузиастов-одиночек. В дальнейшем развитие гипнологии в нашей стране будет зависеть от успешного создания новых организационных форм, междисциплинарного и международного сотрудничества (115).

Литература

1. Абдулаев Г. И. и др. Опыт гипнотерапии в клинике торакальной хирургии//Хирургия. 1968. № 12. С. 21 —24.
2. Алман М. Б., Ламбру П. Т. Самогипноз. М., 1995. 178 с.
3. Ахмедов Т. Практическая психотерапия: Внушение, гипноз, медитация. М.: Торсинг, 2003. 448 с.
4. Бауман Д. Э., Буль П. И. Наследуемость гипнабельности у человека// Генетика. 1981. №2. С. 352-357.
5. Беккио Ж., Жюслен Ш. Новый гипноз: Практическое руководство. М.: Класс, 1998. 160 с.
6. Белкин А. И. О методике гипнотерапии больных функциональным расстройством пищеварения// Вопросы психопатологии и психотерапии. М., 1963. С. 281 —289.
7. Бехтерев В. М. Гипноз. Д.: Сталкер, 1999. 384 с.
8. Брызгунов И. П. Опыт применения гипнотерапии при функциональных заболеваниях у детей// Мат. I Всерос. конф. по психотерапии. М., 1966. С. 73.
9. Брызгунов И. П. Особенности гипнотерапии у детей// Вопросы спортивной психотерапии: Мат. межвуз. конф. Иваново, 1970. С. 16.
10. Брызгунов И. П. О возможных осложнениях при гипнозе// Вопросы спортивной психотерапии. 1970. С. 37 — 38.
11. Брызгунов И. П. Гипнотерапия у детей// Медсестра. 1970. № 12. С. 9, 11-14.
12. Брызгунов И. П. Влияние гипносуггестивной терапии на кинестезию и мышечный тонус у детей, страдающих вегетативными дистониями//Труды Перм. мед. Ин-та. 1971. Т. 103. С. 216 —218.
13. Брызгунов И. П. Психотерапия у подростков с нарушением теплообмена// Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей: Сб. науч. трудов. Дубна, 1992. С. 222.
14. Брызгунов И. П. Без страха и мистики// Здоровье детей: Прил. к газете «Первое сентября». 1993. № 1/7. С. 6 —7.
15. Брызгунов И. П. Гипнотерапия при функциональных заболеваниях у детей и подростков// Методы нелекарственной терапии, диагностики и коррекции здоровья: Сб. науч. трудов. М., 1993. С. 61-62.
- 1.6. Briazgounov I. P. et al. The Role of Hypnosis in Treatment and Rehabilitation of children and teenagers, Suffering with Obesity// 6 European Congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic medicine. Vienna, 1993, 11.
17. Брызгунов И. П. Осторожно, гипноз// Медицинская газета. 1995. №80 (515). С. 6.
18. Брызгунов И. П. Влияние гипноза на показатели мембранного метаболизма у детей с функциональными заболеваниями// Эндокринные заболевания и актуальные вопросы клинической педиатрии. М., 1996. Вып. 2. С. 36.

19. Брызгунов И. П. The influence of hypnosis on body equilibrium// 7 European Congress of hypnosis. Budapest, Hungary, 1996.
20. Брызгунов И. П. Hypnotherapy of neurogenic hyperventilation of psychogenic origin// 7 European Congress of hypnosis. Budapest, Hungary. 1996.
21. Брызгунов И. П. Семь предубеждений относительно гипноза// Семья и школа. 1997. № 5. С. 29 - 30.
22. Брызгунов И. П. Влияние гипноза на тахоосцилографические показатели у детей, страдающих некоторыми функциональными заболеваниями// Актуальные вопросы кардиологии детей и подростков: Сб. науч. трудов. М., 1997. С. 6 — 69.
23. Брызгунов И. П. The influence of hypnosis on indices of cellular metabolism of children with functional diseases. 14 International Congress of hypnosis. San-Diego, USA, 1997, June 21 —27.
24. Брызгунов И. П., Михайлов А. Н. Использование опросников-шкал для оценки эффективности помощи при посттравматическом состоянии// Психологическое обозрение. 1997. № 2 (5). С. 154-156.
25. Брызгунов И. П. Вы недоверчиво относитесь к гипнозу? Азря// Здоровье детей. 1998. № 3 - 4 (108). С. 15.
26. Брызгунов И. П. The role of hypnosis in the therapy posttraumatic stress disorder with psychosomatic disorders in children and adolescents// 14 International Congress of the Trauma and Recovery-Care of children by 21 Century Clinicians. Sweden (Stockholm), 1998, August.
27. Брызгунов И. П. Гипнотерапия психосоматических функциональных заболеваний в двух сериях наблюдений с интервалом в 25 лет//Педиатрия. 1999. №2. С. 16-19.
28. Брызгунов И. П. Aggressive behavior of children with psychosomatic diseases and its correction with the help of hypnotherapy// 8 European Congress of hypnosis in psychotherapy and psychosomatic medicine. The Netherlands, 1999.
29. Брызгунов И. П. Агрессивное поведение детей с психосоматическими функциональными заболеваниями и его коррекция с помощью гипнотерапии// Семейная психология и семейная терапия. 1999. № 3. С. 48 - 52.
30. Брызгунов И. П. Гипноз в медицине: Мифы и реальность// **164**
Посоветуйте доктор! М., 2001. Вып. 8. С. 80-92.,
31. Брызгунов И. П. Все о гипнозе: Мифы и правда// Здоровье детей. 2001. №24 (202), 16-31 декабря. С. 14-15.
32. Брызгунов И. П. Все о гипнозе: Мифы и правда// Здоровье детей. 2001. №24 (202), 16-31 декабря. С. 14-15.
33. Брызгунов И. П. Все о гипнозе: Мифы и правда// Здоровье детей. 2002. №1, 1 - 15января. С. 14-15.
34. Брызгунов И. П. Все о гипнозе: Мифы и правда// Здоровье детей. 2002. №2 (204). С. 12-13.
35. Брызгунов И. П. Use of hypnosis for treatment of betwetting// J. of Psychosomatic research. 2004. V. 56. № 6. P. 634.
36. Буйлов Н. С, Сегада Л. Г. Гипноз как средство неотложной помощи при ушибах и болевых синдромах у спортсменов// Вопросы спортивной психогигиены. М., 1977. Вып. 5. С. 103 — 107.
37. Буйлов Н. С, Сегада Л. Г. Гипноз как одно из средств подготовки футболистов// Психическая саморегуляция. 1983. Вып. 3. С. 258-261.
38. Буль П. И. Техника врачебного гипноза. Л., 1955.
39. Буль П. И. Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. Л.: Медицина, 1968. С. 237.
40. Буль П. И. Психотерапия, гипноз и внушение в современной медицине. Л., 1985. С. 30.
41. Бэндлер Р., Гриндер Д. Шаблоны гипнотических техник Мил-тона Эриксона с точки зрения НЛП. М., 1995.
42. Вайнберг. Психотерапия: Путешествия в глубины сознания. М.: Крон-Пресс, 1998. 288 с.
43. Варшавский К. М. Гипносуггестивная терапия. М.: Медицина, 1973.
44. Вербицкий В. С. Опыт применения гипнотерапии в оториноларингологии// Ж-л ушных, носовых и горловых болезней. 1986. №4. С. 66-68.
45. Виш И. М. Гипнотерапия расстройств сна у участников боевых операций// Ж-л невропатологии и психиатрии. 1946. № 6. С. 69.
46. Гелина Л. И. Психотерапия и гипноз в практике детского отделения психоневрологической больницы// Учение И. П. Павлова в лечебной практике. М., 1954. С. 56 — 61.
47. Георгиевский А. К. К вопросу о применении гипнотического внушения для обезболивания

родов// Известия Нижегородского ун-та. 1930. Т. 4. С. 249 - 264.

48. Герке Р. П. О гипнозе и внушении. Рига: Зинатне, 1966.

49. Гиллиген С. Терапевтические трансы: Руководство по Эрик-соновской гипнотерапии. М.: Класс, 1997.416 с.

165

50. Глен Ю., Барсуков Д. Правда о гипнозе, или тайны искусственного сна. СПб.: Питер, 2004., 192 с.

51. ГодэнЖ. Новый гипноз. М.: Изд-во института психотерапии, 2003. 238 с.

52. Гордеев М. Н, Евтушенко В. Г. Техники гипноза. М.: Изд-во института психотерапии, 2003.245 с.

53. Гордеев М. Н. Классический и эриксоновский гипноз. М.: Изд-во института психотерапии, 2005. 233 с.

54. Гримак Л. П. Моделирование состояния в гипнозе. М.: Наука, 1978.271с.

55. ГримакЛ. П. Резервы человеческой психики. М.: Политиздат, 1989.319 с.

56. Гримак Л. П. Гипноз и преступность. М.: Республика, 1997.304 с.

57. ГримакЛ. П. Тайны гипноза: Современный взгляд. СПб.: Питер, 2004. 302с.

58. Гипнотерапия /Под ред. М. Хипа, У. Драйдена. СПб.: Питер, 2002. 352 с.

59. Дауд Е. Т. Когнитивная гипнотерапия. СПб.: Питер, 2003.224 с.

60. Джеймс Т. Гипноз. Полное руководство. Создание феномена глубокого транса. М: КСП +, 2003.224 с.

61. Долецкий С. Я., Шульман С. А. Гипноз в комплексном лечении некоторых хирургических заболеваний у детей// Вестник хирургии им. Грекова. Т. 98. № 4. 1967. С. 108-112.

62. Желтаков М. М. Значение гипноза и электросна в лечении больных//Мед. сестра. 1964. № 10. С. 19-22.

63. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982.

64. Захаров Н. П. Метод альтернирующей суггестии и гипносуггестии: Методические рекомендации. М.: ДеЛи принт, 2002.21 с.

65. Захаров Н. П. Метод психической саморегуляции с использованием малоассоциируемых аудиальных стереотипов (МАС-метод): Методические рекомендации. М.: ДеЛи принт, 2002. 24 с.

66. Звоников М. Д. Обязанности медицинской сестры во время проведения коллективного сеанса гипноза// Мед. сестра. 1965. №9. С. 37-39.

67. Исаев Д. Н. Психопрофилактика в практике педиатра. Л.: Медицина, 1984. 191 с.

68. Исомиддинов А. И. Здоровье человека. Душанбе, 1957.

69. Кандыба Д. В. Гипноз. Л.: Гиппократ, 1989.

70. Кандыба Д. В. Техника гипноза. Ростов н/Д: Феникс, 1996.

71. Кандыба В. М. Основы гипнологии. СПб.: Лань, 1999.

166

72. Кандыба В. М. Фармакологический гипноз. СПб.: Лань., 2000. 640 с.

73. Кандыба В. М. Криминальный гипноз. СПб., 2001.575с.

74. Кандыба В. М. Практика лечебного гипноза: Основы гипнотерапии. СПб.: Лань, 2003.368 с.

75. Кандыба В. М. Сверхвозможности человека: Европейская концепция психической саморегуляции. СПб.: Лань, 2003.256 с.

76. Карл Г., Боиз Д. Гипнотерапия: Практическое руководство. М.: Эксмо-Пресс; СПб.: Сова, 2002.352 с.

77. Картамышев А. И. Гипноз и внушение в терапии кожных болезней. М., 1953.

78. КингМ. Е., Цитренбаум Ч. М. Экзистенциальная гипнотерапия. М., 1998.

79. Кондратов В. В. Все о гипнозе. Ростов н/Д: Феникс, 1998.378 с.

80. Коуплан Р. Гипноз: Практическое руководство. СПб.: Питер, 2001.275 с.

81. Креймер А. Я. Лечение ночного энуреза гипнотическим сном: Автореф. канд. дис, Томск, 1957.

82. Куделин А. С, Геращенко А. В. Гипноз: Практическое руководство. Ростов н/Д: Феникс, 2002.352 с.

83. Кузьмин В. В. Спорт и гипноз. Иваново, 1970.

84. Кузьмин В. В. Методика проведения сеанса внушенного сна в практике спорта: Тезисы докл. Областной научно-практической конференции «Психопрофилактика в спорте». Иваново, 1971.С.7-10.

85. Кузьмин В. В. Гипноз без сенсаций. Алма-Ата, 1982.

86. Лейдман Ю. М. Гипносихотерапия как этиопатогенетический метод лечения ночного энуреза у детей и подростков// Педиатрия. 1978. № 1. С. 84-85.
87. Лекрон Л. Добрая сила: Самогипноз. М.: Писатель, 1993. 206 с.
88. Макколл Д. Магическая сила сознания. М.: КСП+, 2003. 224 с.
89. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2003. 928 с.
90. Мастабаум И. С. Подготовка больных к операции гипносу-гестией// Врач. дело. 1952. №2. С. 142-143.
91. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической практике: Клиническое руководство. Харьков: Прапор, 2002.
92. Михайлов Ф. Н., Брызгунов И. П. Влияние гипноза на агрессивность и коммуникативность при некоторых функциональных заболеваниях у детей: Тезисы I Международной научно-практической конференции «Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей». Москва, 1995. С. 229.
93. Нахимовский А. И. Симптоматическая психотерапия и ее эффективность при недержании мочи и кала у детей: Автореф. канд. дисс. Л., 1983.
94. Нахимовский А. И. Практикум по гипнозу. СПб., 1992.
95. Нахимовский А. И., Шишков В. В. Практическая психотерапия детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. 383 с.
96. Никифорова Н. П. Применение гипнотерапии в хирургической клинике// Новый хирургический архив. 1959. №2. С. 81 — 83.
97. Нисс А. И. Результаты применения гипноза при лечении ночного недержания мочи у детей// Терапия психических заболеваний. М.: Медгиз, 1968. С. 398-405.
98. Овчинникова О. В., Насиновская Е. Е., Иткин Н. Г. Гипноз в экспериментальном исследовании личности. М: МГУ, 1989. 232 с.
99. Панков Б. С. Изменение потоотделения, терморегуляции и КГР при гипнотерапии// Сборник научных трудов Ивановского медицинского института. 1959. Вып. 22. С. 357 — 361.
100. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1962.
101. Погорельский В. В., Нурик Л. Ф. Опыт применения гипноауто-ренинга у спортсменов// Психическая саморегуляция. 1983. №3. С. 205 -207.
102. Райков В. Л. О возможности улучшения запоминания в гипнозе// Новые исследования в психологии. М., 1976. № 1 (14). С. 15-18.
103. Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Гипноз и мистика. М., 1973.
104. Рожнов В. Е. Гипнотерапия: Руководство по психотерапии. М., 1974. С. 60-84.
105. Рожнова М. А., Рожнов В. Е. Легенды и правда о гипнозе. М.: Советская Россия, 1964. 189 с.
106. Роут Б. Язык гипноза. М.: Эксмо-Пресс, 2001. 320 с.
- 107а. Салынцев И. В. Гипноз в диагностике и комплексном лечении небредовых ипохондрических расстройств эндогенно-процессуального происхождения: Дисс. канд. мед. наук. М., 1999. 125 с.
- 107б. Салынцев И. П. Гипнотерапия в практике врача-психотерапевта: Пособие для врачей. М.: Минздрав РФ, 1998. 69 с.
107. Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном: Уроки гипноза. М.: Класс, 1994. 336 с.
108. Скрипкина Ю. К. Гипносуггестивная и условно-рефлекторная терапия при некоторых дерматозах: Автор, канд. дисс. М., 1957.
109. Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1985.
109. Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1985.
110. Спарк М. Начальные навыки эриксоновского гипноза. Новосибирск, 1991.
111. Спиридонов Н. И., Докторский Я. Р. Гипноз без тайн. Ставрополь, 1974.
112. Теппервайн К. Гипноз — самогипноз: Практическое руководство для всех. Ростов н/Д.: Феникс, 1997. 464 с.
113. Тимз Р. Гипноз. М.: АСТ, 2003. 435 с.
114. Тукаев Р. Д. Психотерапия: структуры и механизмы. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 296 с.
115. Тукаев Р. Д. Сон перед рассветом?// Мед. газета. 2003. Сентябрь. №71.
116. Форель А. Гипнотизм, или внушение, и психотерапия. Л., 1928.
117. Хейли Дж. Необычайная психотерапия: Психотерапевтические техники Милтона Эриксона.

Нью-Йорк; Лондон, 1986. Ч. 1. С. 171; 4.2. С. 126.

118. Хеллер С, СтилТ. Л. Монстры и волшебные палочки: Такой вещи как гипноз не существует? СПб.: Ювента; Ленато, 1994. 252с.

119. Цвейг С. Врачевание и психика: Ф. Месмер, М. Беккер-Эдди, З. Фрейд. СПб.: Гамма, 1992. 240 с.

120. Цитренбаум Ч., Кинч М., КознУ. Гипнотерапия вредных привычек. М.: Класс, 1998. 192 с.

121. Шевчук П. М. К вопросу применения гипноза в анестезиологии// Тр. Казанского НИИ травматологии и ортопедии. Казань, 1968. Т. 12. С. 128-130.

122. ШертюкЛ. Гипноз. М., 1992.

123. Шогам И. И. О некоторых механизмах и возможностях гипно-суггестивной психотерапии при органических поражениях нервной системы. М., 1981. С. 300 - 302.

124. Шрайбер Я. Л. К вопросу о гипнотерапии фобий// Вопросы психотерапии. М., 1966. С. 103-104.

125. Шульман С. А. Применение гипноза в лечении детей с урологическими заболеваниями//Хирургия. 1999. №4. С. 30 —31.

126. Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности. Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения. М.: Класс, 1999. 352 с.

127. Эриксон М. Стратегия психотерапии: Избранные работы. СПб.:Ювента, 1999.543 с.

128. Эриксон Б. Э. Новые уроки гипноза. М.: Класс, 2002.208 с.

129. Япко М. Д. Введение в гипноз: Практическое руководство. М.: Центр психологической культуры, 2002.191 с.

130. Abbot N. C. et al. Hypnotherapy for smoking cessation// Cochrane Database Syst. Rev. 2000. (2). CD 001008.

169

131. Adams P. C. et al. Liver biopsy under hypnosis// J. Clin. Gastroenterol. 1992. № 15. P. 122- 124.

132. Alden, P., Heap, M. Hypnotic pain control// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1998. №46. P. 62 -76.

133. Allison D. B., Faith M. S. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy for obesity: A meta-analytic reappraisal// J. Consult. Clin. Psychol. 1996. № 64 (3). P. 513 - 516.

134. Anbar D., Hall H. Childhood habit cough treated with self-hypnosis//J. of Pediatrics. 2004. № 144. P. 213-217.

135. Anbar R. D. Self — Hypnotherapy — hypnosis for patients with cystic fibrosis// Pediatr. Pulmonol. 2000. № 30 (6). P. 461 - 465.

136. Anbar R. D. et al. Hypnosis as a diagnostic modality for vocal cord dysfunction// Pediatrics. 2000. № 96 (6). P. 771 - 774.

137. Anbar R. D. Self-hypnosis for the treatment of functional abdominal pain in childhood// Clin. Pediatr. (Phila). 2001. № 40 (8). P. 447-451.

138. Anbar RD. Self-hypnosis for management of chronic dyspnea in pediatric patients// Pediatrics. 2001. № 107. P. 41-43.

139. Anbar R. D. Hypnosis in pediatric pulmonary center// BMC Pediatrics. 2002. № 2. P. 11.

140. Appel, P. R. The use hypnosis in physical medicine and rehabilitation// Psychiatric Medicine. 1992. № 10. P. 133- 148.

141. Aronoff G. M. et al. Hypnotherapy in the treatment of bronchial asthma// Annals Allergy. 1975. № 34. P. 356 - 362.

142. Ashton C Jr et al. Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery: A prospective, randomized trial// J. Cardiovasc. Surg. Torino, 1997. № 38. P. 69 - 75.

143. Attias J. et al. Comparison between self-hypnosis, masking and attentiveness for alleviation of chronic tinnitus// Audiology. 1993. №32. P. 205-212.

144. Aydin S. et al. Acupuncture and hypnotic suggestions in the treatment of non-organic male sexual dysfunction// Scand. J. Urol. Nephrol. 1997. №31. P. 271-274.

145. Baram D A Hypnosis in reproductive health care: A review and case report// Birth. 1995. Mar. № 22 (1). P. 37 - 42.

146. Barber J. Hypnotic analgesia: Clinical consideration// Hypnosis and suggestion in the treatment of pain/ Ed. J. Barber. NY: Norton, 1996. P. 85-118.

147. Barber J. When hypnosis causes trouble// J. Exp. Hypn. 1998. Jul. №46 (2). P. 157-170.

148. Bellini M. A. Hypnosis in dermatology// Clin. Dermatol. 1998. Nov-Dec. № 16 (6). P. 725-726.

170

149. Bennett H. L. et al. Preoperative instructions for decreased bleeding during spine surgery (abstract)

- // Anesthesiology. 1986. №65. A 245.
150. Bierman S. F. Hypnosis in the emergency department// Am. J. Emerg. Med. 1989.7. P. 238-242.
151. Black S. Inhibition of immediate-type hypersensitivity response by direct suggestion under hypnosis// Br. Med. J. 1963. № 1. P. 925-929.
152. Bolocofsky D. N. et al. Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management// J Clin Psychol. 1985. № 41. P. 35-41.
153. Bowers K. S. Imagination and dissociation in hypnotic responding// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1992. № 40. P. 253-275.
154. Boyd J. D. Clinical hypnosis for rapid recovery from dissociative identity disorder//Am. J. Clin. Hypn. 1997. № 40 (2). P. 97 - 110.
155. Brian A, Lambrou P. Self—hypnosis. New York: BrunnerMazel, 1992.
156. Bryant R. A. et al. Hypnotizability in acute stress disorder// Am. J. Psychiatry. 1998. № 158 (4). P. 600-604.
157. Bryant R. A. et al. Hypnotizability and posttraumatic stress disorder: A prospective study// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 2003. Oct. №51 (4). P. 238-239.
158. Cadranel J. F. et al. Hypnotic relaxation: a new sedative tool for colonoscopy?//J Clin Gastroenterol. 1994. №18. P. 127-129.
159. Chaves J. F. And Barber T. X. Hypnotic procedures and surgery: A critical analysis with applications to acupuncture analgesia// Am. J. Clin. Hypn. 1976. № 18. P. 217-236.
160. Chaves J. F. Hypnosis in the management of phantom limb pain// Case studies in hypnotherapy/ Ed. E. Dow, J. Healy. N. Y.: Guilford Press, 1986. P. 198-209.
161. Chaves J. F. Hypnosis in pain management// Handbook of clinical hypnosis/ Ed. J. W. Rhue, S. J. Lynn, and Kirsch. Washington, DC: American Psychological Association. 1993.
162. Chibnall, J. T., Duckro, P. N. Post-traumatic stress disorder in chronic post-traumatic headache patients// Headache. 1994. № 34. P. 357-361.
163. Chitkara D. et al. Hypnotherapy of functional dyspepsia: Do the results add up? // Gastroenterology. 2003. № 125 (2). P. 636.
164. Clawson T. A., Swade R. H. The hypnotic control of blood flow and pain: The cure of warts and the potential for the use of hypnosis in the treatment of cancer//Am. J. Clin. Hypn. 1975. № 17. P. 160 — 169.
165. Cohen H. A. Hypnotherapy: An effective treatment modality for
171
- I**
trichotillomania// Acta Paediatr. 1999. № 88 (4). P. 407 - 410.
166. Cowles R. S. The magic of hypnosis: it is child's play?// J. Psychol. 1998. № 132 (4). P. 357 - 366.
167. Crasilneck, H. B. Hypnosis in the control of chronic low back pain// American Journal of Clinical Hypnosis. 1979. № 22. P. 71 - 78.
168. Crasilneck, H. B., Stirman, J. A. et al. Use of hypnosis in the management of patients with burns// Journal of the American Medical Association. 1955. № 158. P. 103-106.
169. Crawford, H. J. Cognitive and psychophysiological correlates of hypnotic responsiveness and hypnosis// Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm/ Ed. M. L. Mass and D. Brown. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1990. P. 47 - 54.
170. De-Benedittis G. Hypnosis and spasmodic torticollis-report of four cases: A brief communication//Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1996. № 44 (4). P. 292-306.
171. Dikel W., Ollness K. Self-Hypnosis, Biofeedback, and Voluntary Peripheral Temperature Control in children// Pediatrics. 1980. №6. P. 335-340.
172. Dinges D. F. et al Self-hypnosis training as an adjunctive treatment in the management of pain associated with sickle cell disease// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1997. №45 (4). P. 322-417.
173. Disbrow E. A. et al. Effect of preoperative suggestion on ..- postoperative gastrointestinal motility// West J. Med. 1993. № 158. P. 488-492.
174. Ebell M. Hypnotherapy effective for functional dyspepsia// Brain Res. Bull. 2003. 15, 60 (1 -2). P. 151 - 160.
175. Elkins G. R. Hypnotherapy in treatment of childhood psychogenic coughing: a case report// Am. J. Clin. Hypn. 1998. № 29. P. 59-63.
176. Elkins Y. R. et al. Standards of training in clinical hypnosis preparing professional for the 21st century// Am. J. Clin. Hypn. 1998.№41 (1).P.55-64.

177. Elman D. Hypnotherapy. Glendale, Calif.: Westwood Publishing Co., 1964.
178. Elsig C et al. In-patient hypnotherapeutic trauma exposure for posttraumatic stress disorder: A case report. 2002. Mar. № 29 (2). P. 97-100.
179. Enqvist B. et al. Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts: A prospective, randomized and blinded study// Acta Anaesthesiol. Scand. 1997. № 41. P. 1028-1032.
180. Eslinger M. R. Hypnosis principles and application: adjunct to health care// Semin. Perioper. Nurs. 1998. № 7 (1). P. 39- 45.
- 172**
181. Ewer T. C. et al. Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique: A randomised controlled trial// Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.). 1986. № 293. V. 1. P. 129-1132.
182. Ewin D. M. Emergency room hypnosis for the burned patient// American Journal of Clinical Hypnosis. 1983. № 26. P. 5 - 8.
183. Ewin D. M. Hypnotherapy for warts (*verruca vulgaris*): 41 consecutive cases with 3 cures//. Am. J. Clin. Hypn. 1992. № 35. P. 1 -10.
184. Fabbro F. et al. Effects of hypnosis on the fundamental frequency of voice in different emotional imitations// Percept Mot Skills. 1996. №82 (2). P. 571-577.
185. Fabian T. K. Hypnosis in dentistry. I. Comparative evolution of 45 cases of hypnosis// Fogorv. Sz. 1995. Mar. № 88 (3). P. 111 - 115.
186. Fabian T. K. Hypnosis in dentistry// Fogorv. Sz. 1995. Jul. № 88 (7). P. 237-242.
187. Faymonville M. E. et al. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery// Rev. Med. Liege. 1995. Mar-Apr. №20 (2). P. 45-51.
188. Faymonville M. E. et al. Hypnosis and its application in surgery// Rev. Med. Liege. 1998. №53 (7). P. 414-418.
189. Faymonville M. E. et al. Hypnosedation: A valuable alternative to traditional anaesthetic techniques// Acta Chir. Belg. 1999. № 99. P. 141-146.
190. Frankel F. H. Hypnotizability and dissociation// Am. J. Psychiatry. 1990. Jul. № 147 (7). P. 823-829.
191. Freeman R. M. et al. Hypnotherapy for incontinence caused by the unstable detrusor//Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.). 1982. №284. V. LP. 831-1834.
192. Friedman H. et al. The use of hypnosis and biofeedback procedures for essential hypertension// Int J Clin Exp Hypn. 1977. №25. P. 335-347.
193. Friedman H. et al. A six-month follow-up of the use of hypnosis and biofeedback procedures in essential hypertension// Am. J. Clin. Hypn. 1978. №20. P. 184-188.
194. Fromm E. Significant developments in clinical hypnosis during the past 25years// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1987. №35. P. 215-230.
195. Galovski T. E. et al. The treatment of irritable bowel syndrome with hypnotherapy//App. Psychophysiol. Biofeedback. 1998. № 23(4).P.219-32.
196. Ganaway G. K. Hypnosis, childhood trauma, and dissociative identity disorders: Toward an integrative theory// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1995. Apr. № 43 (2). P. 127 - 144.
- 173**
197. Gardner G., Olness K. Hypnosis and hypnotherapy with Children. 1981. 397 p.
198. Garfinkel H. A. Hypnotism and today's clinician// Maternal and child health. 1984. Decembar. P. 371-373.
199. Geisser M. E. et al. The relationship between symptoms of posttraumatic stress disorder and pain, affective disturbance and disability among patients with accident and non-accident related pain// Pain. 1996. № 66. P. 207 - 214.
200. Ginandes C. et al. Can medical hypnosis accelerate post-surgical wound healing?: Results of a clinical trial// Am. J. Clin. Hypn. 2003. №45. P. 333-351.
201. Ginandes C. S. et al. Using hypnosis to accelerate the healing of bone fractures: A randomized control pilot study//. Altern. Ther. Helth. Med. 1999. № 5 (2). P. 67 - 75.
202. Golan H. P. The use of hypnosis in the treatment, of psychogenic oral pain// Am. J. Clin. Hypn. 1997. № 40 (2). P. 89 - 96.
203. Golden W. et al. Hypnotherapy: A modern approach. 1987. 153 p.
204. Gonsalkorale W. M. The use of hypnosis in medicine: The possible pathways involved// Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 1996. № 8 (6). P. 520-524.
205. Gonsalkorale W. M. et al. Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A large-scale audit of a

- clinical service with examination of factors influencing responsiveness// Am. J. Gastroenterol. 2002. № 97. P. 954-961.
206. Gottsegen D. N. Curing bedwetting on the sport: A review of on-session cures// Clin. Pediatr. (Phila) 2003. № 42 (3). P. 273 - 275.
207. Gracey-Whitman L. The use hypnosis in gastroscopy// L. Postgrad. Med. J. 2000. № 76 (900). P. 670.
208. Gravitz M. A. The production of warts by suggestion as a cultural phenomenon//Am. J. Clin. Hypn. 1981. №23. P. 281-283.
209. Gravitz M. A. Hypnosis in the treatment of functional infertility// Am. J. Clin. Hypn. 1995. № 38 (1). P. 22- 26.
210. Green J. P. et al. Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: an examination of the evidence// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 2000. № 48. P. 195 - 224.
211. Haanen H. C et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia//J. of Rheumatology. 1991. № 18. P. 72-75.
212. Hackman R. M. et al. Hypnosis and asthma: a critical review//J. Asthma. 2000. № 37 (1). P. 1 - 15.
213. Hart R. R. The influence of a taped hypnotic induction treatment procedure on the recovery of surgery patients// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1980. № 28. P. 324 - 332.
- 174**
214. Hartman B. J. Treatment of Psychogenic Heart Syndrome by Hypnotherapy// J. of national Medical Ass. 1976. № 9. P. 63-65.
215. Harvey R. F. et al. Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome// Lancet. 1989. № 1. P. 424-425.
216. Hauser W. Hypnosis in gastroenterology Z// Gastroenterol. 2003. №41 (5). P. 405-412.
217. Heap M. The nature of hypnosis// Eur. J Gastroenterol. Hepatol. 1996.№8(6).P.515-519.
218. Hilgard E. R., Morgan A. H. Heart rate and blood pressure in the study of laboratory pain in man under normal conditions and as influenced by hypnosis// Acta Neurobiologiae Experimentalis. 1975.№35.P.741-759.
219. Hilgard, J. R., LeBaron, S. Hypnotherapy of pain in children with cancer. Los Altos, CA: Kaufman, 1984.
220. Hoskovec J. Psychologie Hypnozy a sugesce. Praha: Academia, 1970. 107 c.
221. Houghton L. A. et al. Symptomatology, quality of life and economic features of irritable bowel syndrome: The effect of hypnotherapy// Aliment Pharmacol Ther. 1996. № 10. P. 91 - 95.
222. Iseron, K. V. Hypnosis for pediatric fracture reduction// Journal of Emergency Medicine. 1999. № 17. P. 53-66.
223. Issues on Hypnosis. Cure and Cure publishers nijmegen. 2002. 106 p.
224. Jack, M. S. The use of hypnosis for a patient with chronic pain// Contemporary Hypnosis. 1999.№ 16.P.231 -237.
225. Jacknow D. S. et al. Hypnosis in the prevention of Chemotherapy-related nausea and vomiting in children: A prospective study// Dev. Behav. Pediatr. 1994. № 15. P. 258 - 264.
226. Jenkins M. W. et al. Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour// Br. J. Obstet. gynaecol. 1993. № 10. P. 221-226.
227. John M. E. Jr et al. Practical hypnotic suggestion in ophthalmic surgery// Am. J. Ophthalmol. 1983. № 96. P. 540 - 542.
228. Johnson D. L. Participation in multicomponent hypnosis treatment programs for women's weight loss with and without overt aversion// Psychol. Rep. 1996. № 79 (2). P. 659 - 668.
229. Johnson R. F., Barber T. X. Hypnosis, suggestion and warts: An experimental investigation implicating the importance of «believed in efficacy»//Am. J. Clin. Hypn. 1978. №20. P. 165- 174.
230. Johnson D. L. et al. Performance by gender in a stop-smoking program combining hypnosis and aversion//. Psychol Rep. 1994.
- 175**
- №75. P. 851-857. 231'. Ketterhagen D. et al. Self-hypnosis: Alternative anesthesia for childbirth// MCN Am. J. Mater. Child Nurs. 2002. Nov-Dec. № 27 (6). P. 335-340.
232. Kirsch I. et al. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis// J. Consult. Clin. Psychol. 1995. №63 (2). P. 214-220.
233. Kirsch I. Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments: Another meta-reanalysis// J. Consult. Clin. Psychol. 1996. №64. P. 517-519.
234. Kirsch I. I., Milling L. S. Suggestion difficulty as a hypothesized moderator of the relation between

- absorption and suggestibility: A new spectral analysis// *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 1992. № 48 (1). P. 32-43.
235. Klapow J. C. et al. Hypnosis as an adjunct to medical care in the management of Burder's disease: A case report// *Am. J. Clin. Hypn.* 1996. № 38 (4). P. 271-276.
236. Kratochvil S. Prolongavana hypnoza// *Cs. psychologie.* 1969. № 4. P. 368-375.
237. Kratochvil S., Svoboda M. Prekonceptce, hypnotizani techniks a typ hypnozy// *Cr. psychologie.* 1969. № 2. P. 176 - 182.
238. Kubie L. S., Margolin S. A psychological method for the induction of states of partial sleep, and for securing free associations and early memories in such states// *Trans. Amer. neurol. Ass.* 1942. № 63. P. 82-85.
239. Kuile M. M. et al. Autogenic training and cognitive self-hypnosis for the treatment of recurrent headaches in three different subject groups// *Pain.* 1994. № 58. P. 331 - 340.
240. Kuttner L. Favorite stories: A hypnotic pain-reduction technique for children in acute pain// *American J. of Clinical Hypnosis.* 1988. №30. P. 289-295.
241. LaBaw W. The use of hypnosis with hemophilia// *Psychiatr. Med.* 1992. №10. P. 89-98.
242. LaBaw W. L. Adjunctive trance therapy with severely burned children// *Int. J. Child Psychother.* 1973. № 2. P. 80-92.
243. Lambert S. A. The effects of hypnosis: Guided imagery on the postoperative course of children// *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1996. №17 (5). P. 307-310.
244. Lang E. V. et al. Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedures: Effects on pain perception and intravenous drug use// *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 1996. № 44. P. 106- 119.
245. Leahy A. et al. Non-pharmacological treatment in the irritable bowel
176
syndrome// *World J. gastroenterol.* 2001. № 7 (3). P. 313 - 316.
246. Levitt E. E. Hypnosis in the treatment of obesity// *Handbook of clinical hypnosis/* Ed. S. J. Lynn, I. Kirsh. Washington, D. C: Am. Psychological Association. 1980. P. 533-553.
247. MacDonald. Hypnotherapy: Hope or healing?// *BMJ.* 2003. Mar. №26 (7396). P. 154.
248. MacHovec F. Hypnosis Complications, Risk Factors, and Prevention//*American J. of Clinical Hypnosis.* 1988. №31. V. 1.P. 40-45.
249. Madrid A. et al. Subjective assessment of allergy relief following group hypnosis and self-hypnosis: a preliminary study// *Am. J. Clin.Hypn.* 1995. №38 (2). P. 80-86.
250. Maher-Loughnan G. P. et al. Controlled trial of hypnosis in the symptomatic treatment of asthma// *Br. Med. J.* 1962. №2. P. 371 -376.
251. Malon D. W., Berardi D. Hypnosis with Self-Cutters// *Am. J. of Psychoter.* 1987. №4. P. 531-541.
252. MarCHand P. et al. Hypnosis for treatment of nausea and vomiting: It works!// *Rev. Med. Liege.* 2002. №57 (6). P. 382-384.
253. Mcglashan T. H. et al. The nature of hypnotic analgesia and placebo response to experimental pain// *Psychosomatic Medicine.* 1969. № 31. P. 227 - 246.
254. McNeilly R. B. Individualising stress and the benefit of hypnosis// *Aust. Fam. Physician.* 1996. № 25 (8). P. 1261 - 1264.
255. Melis P. M. et al. Treatment of chronic tension-type headache with hypnotherapy: A single-blind time controlled study// *Headache.* 1991.№31.P.686-689.
256. Metcalfe J. B. Hypnosis and sex// *Stress medicine!*. 1988. № 4. P. 149-153.
257. Meurisse M. et al. Endocrine surgery by hypnosis: From fiction to daily clinical application// *Ann. Endocrinol. Paris.* 1996. № 57
. (6). P. 494-501.
258. Milling L. S. et al. Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support// *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2000. № 48 (2). P. 113 -137.
259. Mize W. L. Clinical trading in self-regulation and practical pediatric hypnosis: what pediatricians want pediatricians to know// *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1996. № 17 (5). P. 317-325.
260. Montgomery G. H. et al. A meta-analysis of Hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis// *Int. J Clin. Exp Hypn.* 2000. 48,94. P. 138-153.
261. Montgomery G. H. et al. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis// *Anesth Analg.* 2002. №
12-5574 **177**
94. V. 1. P. 639-1645.
262. Morrison J. B. Chronic asthma and improvement with relaxation induced by hypnotherapy//*J RSoc*

- Med. 1988. №81. P. 701 -704.
263. Mott T. Jr, Roberts J. Obesity and hypnosis: A review of the literature// Am. J Clin Hypn. 1979. № 22. P. 3 - 7.
264. Mutter C. D. Posttraumatic Stress Disorder: Hypnotherapeutic Approach in a Most Unusual Case// American J. of Clinical Hypnosis. 1987. № 30. V. 2. P. 81 - 86.
265. Myles P. S. et al. Double-blind, randomized trial of cessation of smoking after audiotape suggestion during anaesthesia// Br. J Anaesth. 1996. № 76. P. 694-698.
266. Oakley D. A. et al. Hypnotic imagery as a treatment for phantom limbs pain: Two cases report and a review// Clin. Rehabil. 2002. №18 (4). P. 368-377.
267. Olness K. The use of self-hypnosis in the treatment of childhood nocturnal enuresis// Clin. Paediatrics. 1975. № 14. P. 273-279.
268. Olness K. et al. Comparison of self-hypnosis and propranolol in the treatment of juvenile classic migraine// Pediatrics. 1987. № 79. P. 593-597.
269. Olness K., Kohen D. P. Hypnosis and hypnotherapy with children. 3 ed. New York, NY: The Guilford Press; 1996. P. 52 - 84.
270. Omer H. et al. Hypnotic relaxation in the treatment of premature labor// Psychosomatic Medicine. 1986. May. № 48. P. 351 - 360.
271. Orne E. C. et al. Memory liabilities associated with hypnosis: Does low hypnotizability confer immunity?// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1996. № 44 (4). P. 354 - 369.
272. Page R. A. et al. Hypnosis devices may be more than placebo// Am. J. Clin. Hypn. 2001. №44 (2). P. 149-54.
273. Palsson O. S. et al. Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: Investigation of mechanism and effects on symptoms// Dig. Dis. Sci. 2002. №47 (4). V.2. P.605-2614.
274. Pascalis V. Psychophysiological correlates of hypnosis and hypnotic susceptibility// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1999. № 47 (2). P. 117 - 43.
275. Patterson D. R. et al. Hypnosis for the treatment of burn pain// J. Consult. Clin. Psychol. 1992. №60. P. 713-717.
276. Patterson D. R. et al. Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment// J. Consult. Clin. Psychol. 1997. №65. P. 60-67.
277. Patterson D. R. et al. Hypnosis and clinical pain// Psychol. Bull. 2003. №129. P. 495-521.
278. Peebles-Kleiger M. J. The use of hypnosis in emergency medicine// Emerg. Med. Clin. North Am. 2000. № 18 (2), 327 - 38.
- 178**
279. Price D. D. et al. Mechanisms of analgesia produced by hypnosis and placebo// Prog. Brain Res. 2000. № 122. P. 255- 71.
280. Price, D. D., Barrell, J. J. Mechanisms of analgesia produced by hypnosis and placebo suggestions// Progress in brain research/ Ed. E. A. Mayer, C. B. Saper. New York: Elsevier Science. 2000. Vol. 122. P. 255-271.
281. Prior A. et al. Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome// Gut. 1990. № 31. P. 896 - 898.
282. Putnam F. W. Traumatic stress and pathological dissociation// Ann. N. J. Acad. Sci. 1995. №29. P. 771-778.
283. Rainville P. et al. Dissociation of sensory and affective dimension of pain using hypnosis hypnosis modulation// Pain. 1999. № 82 (2).P. 159-71.
284. Rausch V. Cholecystectomy with self-hypnosis. Am. J. Clin. Hypn. 1980. №22. P. 124-129.
285. Reed S. B. et al. Reporting biases in hypnosis: Suggestion or compliance?//J. Abnorm. Psychol. 1996. № 105(1). P. 142-145.
286. Revenstorf D. Clinical hypnosis: Current status of theory and empirical aspects// Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 1999. №49(1). P. 5-13.
287. Sacerdote, P. Teaching self-hypnosis to patients with chronic pain// Journal of Human Stress. 1978. №4. P. 18-21.
288. Schafer D. W. Hypnosis and the treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease// Am. J. Clin. Hypn. 1997. №40 (2). P. 111 - 117.
289. Schafer M. I. The importance of hypnosis and psychiatry// Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1997. №65 (7). P. 304- 12.

290. Shenefelt P. D. Hypnosis in dermatology// Arch. Dermatol. 2000. №136(3). P. 393-399.
291. Silbemer J. Hypnotism under the knife// Science news. 1986. 22Mar.
292. Simon E. P. et al. Medical hypnosis for hyperemesis gravidarum// Birth. 1999. №26. P. 248-254.
293. Sinclair-Gieben AHC, Chalmers D. Evaluation of treatment of warts by hypnosis//, Lancet. 1959. № 11. P. 480-482.
294. Smith R. P. et al. Effects of hypnosis on the immune response: B-cells, T-cells, helper and suppressor cells// Am. J. Clin. Hypn. 1995. №38 (2). P. 71-79.
295. Sokel B. et al. The development of a hypnotherapy service for children// Child Care Health Dev. 1990. Jul.-Aug. № 16 (4). P. 227 - 233.
296. Sommers Flagan J. The Wizard of Oz metaphor in hypnosis with treatment-resistant children// Am. J. Clin. Hypn. 1996. № 39 (2). P. 105-114.

12*

179

297. Spanier J. A. et al. A systematic review of alternative therapies in the irritable bowel syndrome// Arch Intern Med. 2003. № 163. P. 265-274.
298. Spanos et al. Hypnotic suggestion and placebo for the treatment of chronic headache in a university volunteer sample// Cognit. Ther. Res. 1993. №17. P. 191-205.
299. Spanos N. P. et al. Effects of hypnotic, placebo and salicylic acid treatments on wart regression- Psychosom// Med. 1990. Jan.-Feb. №52(1). P. 109-14.
300. Spiegel D. et al. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain// Psychosom Med. 1983. № 45. P. 333 - 339.
301. Spiegel D. Hypnosis in the treatment of victims of sexual abuse// Psychiatric Clinics of North America. 1989. № 12. V. 2. P. 295-305.
302. Spiegel D. et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer// Lancet. 1989. № 2. P. 888-891.
303. Spiegel D. et al. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients//. Oncology (Huntingt) 1997. №11 (8). P. 1179-89.
304. Spiegel H. A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1970. № 18. P. 235-250.
305. Spiegel S. B. Uses of hypnosis in the treatment of uncontrollable belching; A case report// Am. J. Clin. Hypn. 1996. № 38 (4). P. 263-270.
306. Spinhoven, P. Similarities and dissimilarities in hypnotic and nonhypnotic procedures for headache control: A review// American Journal of Clinical Hypnosis. 1988. №30. P. 183-194.
307. Spinhoven, P. et al. Autogenic training and self-hypnosis in the control of tension headache// General Hospital Psychiatry. 1992. №14. P. 408-415.
308. Stayte D. J. Treatment of nocturnal enuresis in a child using hypnosis// Maternal and child health. 1982. P. 410 - 412.
309. Stern J. A. et al. A comparison of hypnosis, acupuncture, morphine, valium, aspirin, and placebo in the management of experimentally induced pain// Ann. NY Acad. Sci. 1977. №296. P. 175-193.
310. Stewart A. C. Thomas S. E. Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children// Br. J. Dermatol. 1995. № 132. P. 778-783.
311. Stewart J. H. Hypnosis in Contemporary Medicine// Mayo. Clin. Proc. 2005. №80 (4). P. 511 -524.
312. Stradling J. et al. Controlled trial of hypnotherapy for weight loss in patients with obstructive sleep apnoea// Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 1998. № 22. P. 278 - 281.

180.

313. Sugarman L. J. Hypnosis: Teaching children self-regulation// Pediatr. Rev. 1996. № 17 (1). P. 5-11.
314. Sugarman L. J. Hypnosis in a primary care practice: developing skills for the "new morbidities"// J. Dev. Behav. Pediatr. 1996. № 17 (5). P. 300-305.
315. Surman O. S., Gottlieb S. K., Hackett T. P., Silverberg E. L. Hypnosis in the treatment of warts// Arch. Gen. Psychiatry. 1973. № 28. P. 439-441.
316. Syrjala K. L. et al. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial// Pain. 1992. № 48. P. 137 - 146.
317. Tan S.Y., Leucht C. A. Cognitive-behavioral therapy for clinical pain control: A 15 — year update and its relationship to hypnosis// Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1997. №45 (4). P. 396-416.
318. Teitelbaum M. Hypnosis induction techniques. Springfield, JL: Charles C Thomas, 2001.

319. Tenzel J. H., Tailor R. L. An evaluation of hypnosis and suggestion as treatment for warts// Psychosomatics. 1969. № 10. P. 252-257.
320. Torem M. S. Hypnotherapeutic techniques in the treatment of hyperemesis gravidarum// Am. J. Clin. Hypn. 1994. № 37. P. 1 — 11.
321. Valdo A., Eide T. Smoking cessation in pregnancy: The effect of hypnosis in a randomized study// Addict. Behav. 1996. Jan.— Feb.№21 (1).P.29-35.
322. Vidakovic-Vukic M. Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome: Methods and results in Amsterdam// Scand. J. Gastroenterol. Suppl. 1999. №230. P. 49-51.
323. Wadden T., Anderton C. H. The clinical use of hypnosis// Psychol. Bull. 1982. № 91. P. 215 - 243.
324. Wain H. J. et al. Emergency room use of hypnosis// Gen. Hosp.Psychiatry. 1986. №8. P. 19-22.
325. Wakeman J. R. et al. An experimental study of hypnosis in painful burns// Am. J. Clin. Hypn. 1978. № 21. P. 3 - 12.
326. Watkins J. Hypnotherapeutic techniques. New York: Irvington Publishers, 1986.
327. Weinstein E. J. et al. Use of hypnosis before and during angioplasty//Am. J. Clin. Hypn. 1991. №34. P. 29-37.
328. Whorwell P. J. et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome// Lancet. 1984. №2. P. 1232-1234.
329. Whorwell P. J. et al. Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: Further experience// Gut. 1987. № 28. P. 423 - 425.
- 181
330. Whorwell P. J. et al. Physiological effects of emotion: Assessment via hypnosis// Lancet. 1992. Nov. № 340 (8811). P. 69-72.
331. Wicks G. A. Case of persistent cough successfully treated using hypnosis and ego state therapy//Hypnosis. 1999.№26.P. 106—108.
332. Willemsen R. Hypnosis technics used to diminish anxiety and fears: Review of the literature// Rev. Beige. Med. Dent. 2003. № 58 (2). P. 99-104.
333. Wong M, Burrows G. Clinical hypnosis// Aust. Fam. Physician. 1995. № 24 (5). P. 778 - 781, 783.
334. Woodard F. J. Perceptually oriented hypnosis// Psychol. Rep. 2003. №92 (2). P. 512-528.
335. Zalsman G. et al. Hypnotherapy in adolescents with trichotillomania: Three cases// Am. J. Clin. Hypn. 2001. №4(1). P. 63-68.
336. Zeltzer L. K. et al. A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer// Pediatrics. 1991. № 88. P. 34 - 42.
337. Zimmerman J. Hypnotic technique for sedation of patients during upper gastrointestinal endoscopy// Am. J. Clin. Hypn. 1998. № 40 (4). P. 284-287.

СЕРИЯ: ГИПНОЗ

ИГОРЬ ПАВЛОВИЧ БРЯЗГУНОВ

ГИПНОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Редакторы: *Бутенко Г., Илионова Т.*

Компьютерная верстка: *Алина Г.*

Оформление переплета: *Зотова Н.*

Корректор *Чаркова И.*

Сдано в набор 10.06.2005. Подписано в печать 10.08.2005. Формат 60x90/16. Бумага газетная.

Печать офсетная. Печ. л. 12. Тираж 3000 экз. Заказ № 5574.

ООО «ПСИХОТЕРАПИЯ»:

129337, Москва, ул. Красная сосна, д. 24. Тел./факс: (095) 188-1932, 247-8572 E-mail: dkglena@rol.ru

ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ: (901) 712-3381, (095) 247-8572

<http://\optbook.narod.ru>

Отпечатано в полном соответствии

с качеством предоставленных диапозитивов

на ФГУП ордена «Знак Почета»

Смоленская областная типография им. В.И. Смирнова.

214000, Смоленск, пр-т им. Ю. Гагарина, 2.