

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 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./

Hypnotherapy: a handbook

**Edited by MICHAEL HEAP and WINDY DRYDEN
Open University Press Milton Keynes. Philadelphia**

ГИПНОТЕРАПИЯ

Под редакцией Майкла Хипа и Уинди Драйдена

Санкт-Петербург
Москва • Харьков • Минск 2001

ГИПНОТЕРАПИЯ

Под редакцией Майкла Хипа и Уинди Драйдена

Серия «Практикум по психотерапии» Перевел с английского А. Смирнов

Главный редактор

В. Усманов

Заведующий психологической редакцией

А. Зайцев Зам. зав. психологической редакцией

Н. Мигаловская

Ведущий редактор

А. Борин

Редактор

Д. Ахапкин

Художник обложки

К. Радзввич

Корректор

Т. Брылева

Дизайн оригинал-макета и верстка

С. Рожкова

ББК 53.57 УДК 615.851.2 Г50 Гипнотерапия / Под ред. М. Хипа, У. Драйдена. — СПб.: Питер, 2001. — 352 с: ил. — (Серия «Практикум по психотерапии»).

ISBN 5-318-00033-9

Авторы книги — специалисты в области психологии, психотерапии и экспериментального гипноза, на профессиональной основе практикующие лечебный гипноз. Свою работу они адресуют коллегам, занимающимся коррекцией и лечением соматических и душевных расстройств, консультантам по вопросам поведенческих и эмоциональных проблем, а также всем специалистам помогающих профессий, тем, кто хочет больше узнать о применении гипноза в самых разных областях профессиональной деятельности.

©The Editors and Contributors 1991

© Перевод на русский язык. Л. К. Смирнов, 2001

©Издательский дом «Питер», 2001

Права на издание получены по соглашению с Open University Press.

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 5-318-00033-9

ISBN 0-335-09887-8 (англ.)

ЗАО «Питер Бук». 196105, Санкт-Петербург, Благодатная ул., 67.

Лицензия ИД № 01940 от 05.06.00.

Налоговая льгота - общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;

953000 - книги и брошюры. Подписано в печать 28.04.01. Формат 84x108¹/₃₂. Усл. п. л. 18,48. Тираж 7000 экз.

Заказ № 586.

Отпечатано с диапозитивов в ФГУП «Печатный двор»

Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	7
Глава 1	
<i>Майкл Хип</i>	
Введение в предмет гипноза.....	8
Глава 2	
<i>Майкл Хип</i>	
Значение и применение гипноза в психотерапии.....	31
Глава 3	
<i>Х. Б. Гибсон</i>	
Гипнотерапия и тревога.....	56
Глава 4	
<i>Ассен Алладин и Майкл Хип</i>	
Гипноз и депрессия.....	86
Глава 5	
<i>Дэвид А. Александер</i>	
Гипноз и вредные привычки.....	118
Глава 6	
<i>Барри Б. Харт</i>	
Гипноз и боль.....	149
Глава 7	
<i>Марсиа Д. Деган и Жан С. Деган</i>	
Гипнотерапия и сексуальные проблемы.....	184
Глава 8	
<i>Дж. Б. Уилкинсон</i>	
Гипноз в медицине.....	219
Глава 9	
<i>Паулина Э. Николау</i>	
Гипноз в стоматологии.....	248
Глава 10	
<i>Крисси Иоэнну</i>	
Гипнотерапия в работе с детьми.....	279
Глава 11	
<i>Хельмут В. А. Карле</i>	
Профессиональные и этические вопросы.....	314

I

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга предназначена для специалистов, занимающихся коррекцией и лечением физических и душевных расстройств, консультированием по вопросам поведенческих и эмоциональных проблем, а также для тех, кто хочет больше узнать о применении гипноза в сфере своей деятельности.

Статьи, включенные в данную книгу, были написаны специалистами в области психологии, терапии и стоматологии. Все они являются гражданами Великобритании, и понятным становится стремление представить в форме книги результаты своей работы и то, как на профессиональной

основе практикуется в этой стране лечебный гипноз. Читатель, однако, быстро поймет, что специалисты, работающие в этой области, многим обязаны находкам и открытиям американских авторов, особенно в вопросах экспериментального гипноза.

Книга предполагает изначальную неосведомленность читателя в вопросах гипноза; первые две главы — это введение в предмет, которое подготавливает читателя к восприятию дальнейшего. В книгу, однако, не были включены ни подробная история гипноза, ни многочисленные его теории; эти вопросы обсуждаются в других публикациях недавнего времени, упомянутых в главе 1.

Мы, как редакторы, хотели бы выразить нашу благодарность каждому автору за его или ее работу в написании данного труда, а также миссис Валери Хип и миссис Вере Пратт за их помощь в подготовке окончательного варианта рукописи.

Майкл Хип и Уинди Драйден

1

Майкл Хип

ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ ГИПНОЗА

Прежде чем мы начнем понимать суть гипнотерапии, ее теоретическое основание, ее цели и практические способы достижения этих целей, нам следует уделить внимание природе гипноза как такового. Гипноз является не методом терапии, а психологическим феноменом, и поскольку это сложное и спорное явление, вокруг которого существует много непонимания и разногласий, необходимо посвятить целую главу попытке разъяснить его природу и многочисленные аспекты, как теоретические, так и практические.

В данной книге гипноз будет описываться с учетом потребностей и взглядов терапевта, а не теоретика или экспериментального психолога. Это означает различие в акцентах и, вероятно, более поверхностное внимание к таким вопросам, как определение, теория и научное доказательство. Если мы заняты проблемами тех, чьей целью является помощь людям в преодолении трудностей физического или психологического порядка, то нам уместно задаться вопросом: «Какой из взглядов на гипноз окажется в этой связи наиболее полезным?» В этом случае мы будем рассматривать гипноз с позиции, несколько отличной от той, с которой рассматривали бы его исследователи, стремящиеся к научному пониманию предмета.

Это решение может сразу же повергнуть читателя в некоторую тревогу из-за непрекращающейся борьбы гипноза за

Введение в предмет гипноза

9

научно обоснованное право на существование. В главе 2, однако, неизбежность такого различия в подходах будет оспорена, и, коль скоро каждый будет уважать запросы и желания другой стороны, между теоретиком и практиком не возникнет больших разногласий, а их работа может быть взаимно информативной.

Впрочем, мы, проводя окончательный анализ и рассматривая те предположения насчет гипноза, которые подлежат опровержению, должны обратиться к научному и эмпирическому подходам и этим, согласно Попперу (Popper, 1963), определить предмет научного исследования. Таким образом, утверждения, будто «гипноз улучшает память» и «гипноз проясняет мысленные образы», могут быть проверены эмпирически и, как это и происходит, найдены в целом ложными (Wadden and Anderton, 1982; Mingay, 1988). Однако когда терапевт, практикующий гипноз, заявляет, что «гипноз помогает получить доступ к тем источникам проблем пациента, которые скрыты в сфере бессознательного», он описывает модель, которая ляжет в основу терапевтического воздействия на пациентов. Практика интересует не столько точное определение модели, сколько то, в какой степени следующие за ней процедуры смогут помочь пациенту измениться в лучшую сторону. Это сложный вопрос, и он будет вновь поднят в главе 2. Пока же давайте рассмотрим природу феномена, который мы называем «гипнозом».

Природа гипноза

Гипноз такой, *каким он практикуется*, наделе относится к взаимодействию между двумя людьми, один из которых определяется как гипнотизер, другой же — как субъект. (В случае группового гипноза возможно, конечно, большее число субъектов.) Гипнотизер дает гипнотические инструкции, а субъект на них отзывается.

Гипноз является сложным феноменом, объединяющим ряд физиологических процессов. Он предполагает *селективное внимание*: такое, при котором субъект сфокусирован на ограниченном числе раздражителей — как правило, внутреннего происхождения, таких как ощущения и воображение. Он предпо-

10

Глава 1

лагаетрелаксацию: почти вне зависимости от клинических задач субъект (пока он не начнет переживать, скажем, какую-нибудь развивающуюся фантазию) расслаблен как душевно, так и телесно. Гипноз также подключает состояние *ожидания* и его воздействие на переживание и реагирование субъекта: другими словами, он создает условия, в которых субъект ожидает от себя особенных ощущений, мыслей и реакций, и формирование гипнотизером в сознании субъекта такого ожидания повышает возможную эффективность суггестии. Гипнотическому переживанию очень часто сопутствует *воображение*: субъект поглощен представлением какой-либо сцены обычно под управлением гипнотизера. В общем и целом между гипнотизером и субъектом устанавливается прочная *связь*; кроме того, гипноз, несомненно, подразумевает определенную податливость или подчиненность со стороны субъекта: последний, соответственно, мотивирован к подчинению пожеланиям гипнотизера, и его поведение частично может объясняться этими моментами. Например, гипнотизер может внушить, что рука субъекта настолько невесома, что будет непроизвольно плавать в воздухе (суггестия поднятия руки). Субъект, однако, способен поднять руку потому, что ему будет трудно ослушаться инструкции гипнотизера. Возможно подключение *ролевой игры*, когда субъект ведет себя в соответствии с собственными представлениями о поведении лица, находящегося под гипнозом. Наконец, мы должны обратиться к понятию *атрибуции*: чему именно приписывает свои переживания субъект? Говорит ли он: «Да, я чувствовал себя под гипнозом, потому что сильно расслабился и глубоко погрузился в свои фантазии», или же он заявляет: «Нет, я не чувствовал себя загипнотизированным, так как сильно расслабился и глубоко погрузился в свои фантазии»? Атрибуции гипнотизера тоже имеют фактическое отношение к делу. Чем, с точки зрения гипнотизера, вызвано поведение и предьявленные переживания субъекта: состоянием гипноза или же просто выраженной релаксацией, или состоянием подчиненности, и так далее? В самом деле: некоторые из процессов, упомянутых выше, могут также относиться к поведению гипнотизера, например, ролевая игра и ожидание.

Введение в предмет гипноза

11

Если автор, отвечая на вопрос «Что такое гипноз?», остановится на сказанном, то читатель может справедливо заключить, что «гипноз» не является по праву особым состоянием сознания, но есть лишь простое название для взаимоотношений между двумя людьми, отличающихся определенной комбинацией вышеупомянутых психологических феноменов. Действительно, существуют влиятельные теории гипноза, которые в большей или меньшей степени подтверждают подобный вывод и каждая из них делает акцент на одной из составляющих, представленных выше. Например, феномен гипноза может объясняться преимущественно явлениями релаксации (Edmonston, 1981), проигрыванием ролей (Sarbin and Coe, 1972), подчинением (Wagstaff, 1981), воображением (Hull, 1933) и различными сочетаниями указанного (например, Barber et al. 1974, Spanos, 1982). Подробное обсуждение этих теорий здесь не планируется, однако мы можем отметить, что все они в целом относятся к «теориям не-состояния» в отличие от «теорий состояния», которые исходят из измененного состояния сознания. Затронутость или незатронутость состояния сознания является предметом наиболее стойких и горячо обсуждаемых разногласий в современном экспериментальном гипнозе, и ссылки на этот вопрос будут представлены позднее.

Если мы готовы допустить, что *существует* некий феномен, чьи характеристики могут быть определены как особое состояние, то нам позволительно добавить две дополнительные и важные составляющие, а именно *суггестию* и *транс* (или гипнотическое переживание). Обе эти составляющие являются родственными, но я намерен в подробностях обсудить каждую из них отдельно.

Суггестия

Суггестия — это сообщение, которое гипнотизер адресует субъекту, и, как и любое сообщение, призвано особым образом изменить чувства, мысли и поведение реципиента. Если согласиться с определенными характеристиками понятия суггестии, принятыми в сегодняшних условиях, то мы по пра-

12

Глава 1

ву можем говорить о «гипнотической суггестии» как отличной от суггестии любого другого типа.

Впрочем, в литературе по гипнозу, как и в данном обсуждении, этот термин часто используется как самостоятельный.

Характеристики суггестии

1. *Субъект реагирует на суггестию вне зависимости от собственной воли.* Пример: на повторные суггестии легкости руки и поднятия руки субъект отвечает, поднимая руку, но воспринимает это действие как не зависящее от его воли, а руку рассматривает как «поднимающуюся саму по себе». В этом случае мы можем сказать, что действие субъекта по поднятию руки оказалось разобщенным с его сознанием так, что ему кажется, будто рука двигается самостоятельно. Позднее, при обсуждении транса, мы увидим, что это явление диссоциации оказывается полезным и важным для создания теории гипноза, подразумевающей состояние сознания. Здесь же давайте отметим, что субъект, отзываясь на суггестию поднятия руки, может осуществить это действие совершенно сознательно, однако это не является тем, что мы сегодня понимаем под «ответом на суггестию». На деле мы чаще встречаемся с ситуацией, когда субъективное впечатление вмещает как непроизвольное, так и сознательное движение (субъект, например, может утверждать: «Иногда мне казалось, будто моя рука двигалась сама по себе, но временами я, возможно, шевелил ею умышленно»). Другими суггестиями, которые выявляют непроизвольный характер ответа, являются так называемые «посылы» типа глазной каталепсии («На счет «три» вы не сможете раскрыть глаза») и теста на сцепление пальцев («На счет «три» вы не сможете разъединить руки»).

2. *Суггестии могут быть существенно усилены с помощью соответствующей работы воображения.* В действительности можно поспорить с тем, что ответу субъекта на суггестию всегда сопутствует воображение того или иного рода. Например, суггестия поднятия руки может сопровождаться представлением большого воздушного шара, бечевка которого обвязана вокруг запястья и тянет за собой руку. Похожим образом суггестия онемения руки может быть усилена фантазией, в кото-

Введение в предмет гипноза

13

рой эта рука погружена в ведро со льдом и водой. Воображаемый переход через окутанный туманом мост может сопровождать суггестию регрессии к периоду раннего детства. В данной книге будут представлены и многие другие примеры.

3. *Суггестия является мультимодальным феноменом.* Поднятие руки является примером суггестии, влияющей на моторику, и потому именуется *идеомоторной суггестией*; приставка «идео» раскрывает то обстоятельство, что субъект отвечает на *идею* движения руки. Другим примером идеомоторной суггестии оказывается наклонно-позиционный тест на внушаемость: экспериментатор становится либо позади, либо впереди субъекта и приковывает внимание к его естественной способности отклоняться кзади или кпереди. Суггестии предписывают наращивать амплитуду этих колебаний — в частности, так, чтобы субъект все больше и больше подавался к экспериментатору (который в случае необходимости готов предотвратить падение субъекта). Идеомоторные суггестии «посыльного» типа (глазная или ручная каталепсия и тест на сцепление пальцев) уже упоминались выше и показывают, что суггестии могут быть так же негативными, как и позитивными (именно: «Вы не будете или не сможете испытывать что-либо», в отличие от «Вы сделаете или почувствуете что-либо»). Типичным примером негативной *идеосенсорной* суггестии является перчаточная анестезия («Теперь ваша кисть совершенно ничего не чувствует»). Идеосенсорные суггестии содержатся также в тесте на поднятие руки («Вся ваша рука чувствует себя легче и легче») и в инструкциях к релаксации («Вы ощущаете свое тело все более тяжелым и расслабленным»). Кроме того, суггестии могут быть обращены к *обонятельной* модальности (позитивной: «Через секунду вы ощутите своими ноздрями исключительно ужасный запах»; или негативной (проверяемой раствором нашатыря): «Вы совершенно утратили обоняние»). Аналогичные позитивные и негативные суггестии могут быть сделаны применительно к *вкусовой* модальности.

В литературе эти разновидности суггестии часто именуется «галлюцинациями» (позитивными и негативными). Этот термин является неудовлетворительным, поскольку обозначает также определенные патологические состояния, но суть

14

Глава I

дела заключается в том, что субъективное переживание суггестии оказывается по качеству более реальным, чем нормальное воображение. Это также относится к суггестированным

«галлюцинациям» в *слуховой* модальности (позитивным: «Вы можете слышать, как за вашей головой жужжит муха»; негативным: «Вашим левым ухом вы не слышите ни звука») и в *зрительной* модальности (позитивным: «Когда вы откроете глаза, то увидите, что перед вами сидит ваш лучший друг»; негативным: «Когда вы откроете глаза, то не увидите перед собой стула»). Суггестии такого рода успешны лишь в отношении малого числа впечатлительных субъектов.

Некоторые суггестии приводят к нарушению восприятия *времени* у одних субъектов и *памяти* — у других. Суггестии способны, например, создать впечатление замедленного хода времени («Каждая секунда кажется минутой...») или его ускорения («Время бежит быстрее и быстрее...»). Субъекту можно также внушить, что он движется во времени вспять и живо переживает событие раннего периода своей жизни или что субъект перемещается в будущее. Прошлый опыт, именуемый «оживлением», или, если он восстанавливает события решающей ранней стадии развития, «возрастной регрессией», фактически может содержать как подлинные воспоминания, так и совершеннейшие фантазии (в прямой зависимости от глубины регрессии). Суггестия, предлагающая продвинуться во времени вперед (возрастная прогрессия), бесспорно, вызывает к жизни полностью фантастические сцены, которые, однако, с точки зрения терапевта, могут быть полезными. Суггестии *амнезии* являются, как правило, постгипнотическими (см. ниже). Они могут быть глобальными («Вы не будете помнить ничего из того, что происходило с вами, пока вы были под гипнозом») или селективными («Вы не вспомните, как я давал вам эту суггестию»). Как описано ниже, субъекты, в силу природы гипнотического переживания, могут непроизвольно амнезировать некоторые события, происходящие в процессе гипноза. Скажем, повседневный опыт является не просто примером естественного забывания, но обусловлен также естественными диссоциирующими переживаниями. В такие минуты наше внимание поглощено чем-либо, представляющим для нас ин-

Введение в предмет гипноза

15

терес, вроде телевизионной программы или мечтаний, в то время как сами мы занимаемся каким-нибудь привычным делом. Обычным примером является «дорожный транс», когда человек, совершающий продолжительное автомобильное путешествие, не может восстановить в памяти уже пройденный отрезок пути, хотя и был занят требующим сноровки управлением машиной.

Я вернусь к анализу этих и сходных с ними феноменов при обсуждении переживаний во время трансa. Пока же давайте отметим, что подлинная, гипнотически вызванная амнезия должна быть обратимой: она окажется временной, и забытый материал будет восстановлен субъектом, стоит экспериментатору подать условный сигнал вроде стука по столу (см. Nace et al., 1974).

Наконец, доказано, что гипнотические суггестии способны влиять на специфические *физиологические реакции*, например, физические процессы, управляемые посредством вегетативной нервной системы (ВНС) и, следовательно, не подвластные сознательному контролю. Конечно, человек естественно и просто может влиять на физиологические реакции другого лица через вербальную коммуникацию. Речь, может идти, к примеру, о повышении уровня возбуждения человека (учащение сердечного ритма, потоотделение, учащение дыхания и так далее) с помощью описания какого-либо предстоящего волнующего события. Однако мы способны воздействовать на реакции более избирательно. Например, мы можем сфокусироваться на повышении слюноотделения, описывая человеку ощущения, возникающие при сосании лимона, или же можем повлиять на работу его или ее желудка, живописуя особо отвратительную и неприятную сцену, которая вызывает у слушателя тошноту. В литературе, посвященной гипнозу, особо выделяются суггестии, изменяющие кровоток. Как правило, суггестии этого типа предполагают как зрительное воображение (например: «Представьте, что ваша правая рука погружена в ведро с теплой водой»), так и непосредственные суггестии изменения (например: «Ваша рука становится теплее», или даже «Кровь мощно приливает к вашей руке»). Суггестии изменений кровотока в предплечье изучались Грабовска (Grabowska,

16

Глава 7

1971), а изменений в работе желудка — Сташер и др. (Stacher et al., 1975).

Олнесс и ее коллеги в Миннесоте утверждают, что дети особенно способны к изменению непроизвольных физиологических функций своего организма; последние касаются тканевого дыхания, которое оценивается через кисти рук посредством чрезкожной методики (Olness and Congro, 1985) и с помощью определения концентрации иммуноглобулина А в слюне (Olness et al,

1989). Подробнее эти исследования представлены в главе 10 настоящей книги.

Понятно, что такого рода суггестии находят применение в некоторых областях медицины (см. главу 8 настоящей книги), однако насколько влияют на выздоровление, если влияют вообще, физиологические сдвиги, ясно не до конца. Этот вопрос обсуждается в главах 4 и 7 Гибсоном и Хипом (Gibson and Hear, 1990).

4. *Суггестия не является единым понятием.* Немного позже мы увидим, что существует относительно стабильная личная характеристика, именуемая «внушаемостью» или «восприимчивостью», которая подразумевает различные уровни ответа индивидов на вышеописанные суггестии: некоторые люди не воспринимают их совсем, некоторые — в значительной мере, а другие занимают промежуточное положение. На практике, однако, видно, что каждый по-разному отвечает на разные виды суггестии. Например, если человек чрезвычайно слабо реагирует на суггестию поднятия руки, то мы не должны из-за этого думать, что он плохо поддается, скажем, возрастной регрессии, хотя определенная взаимосвязь между различными видами суггестии имеется. Айзенк и Фурно (Eysenck and Furneaux, 1945) установили два фактора, которые могут быть отнесены к понятию «внушаемость»: *первичную внушаемость*, относящуюся к *непроизвольным* актам типа позиционного наклона или краски смущения и предвещающую восприимчивость к гипнозу, в отличие от *вторичной внушаемости*, которая представляет собой склонность человека быть податливым, доверчивым и легко управляемым.

5. *Суггестии могут различаться по способу осуществления.* Ряд различий в способах осуществления суггестии имеет боль-

Введение в предмет гипноза

17

ше практическое, нежели теоретическое значение, если имеет какое-либо вообще. Здесь уместно отметить два из этих различий. Первое касается *властно-рекомендательного* характера суггестии. Суггестию можно осуществить в виде властной команды («Ваша рука начнет подниматься *прямо* сейчас!») или в виде приглашения к ответу («Просто позвольте вашей кисти сделаться легкой настолько, насколько ей хочется»). Возможно, что некоторым пациентам будет более удобен тот или иной стиль (как, в действительности, и самим терапевтам), однако Спинховен и др. (Spinhoven et al., 1988) считает, что своим эффектом данные стили различаются незначительно. В последнее время более популярен рекомендательный стиль, преимущество которого в том, что полная неспособность субъекта ответить на суггестию здесь менее вероятна, чем при властном стиле ее осуществления.

Второе разграничение касается *прямой и непрямой суггестии*. Вышеприведенные суггестии являются прямыми, несмотря на рекомендательный стиль одной из них. При непрямых суггестиях инструкция выражена в скрытой форме, которая не требует от субъекта немедленного выполнения указания. Например, суггестия может быть просто спрятана в более длинном утверждении, и гипнотизер может тонко выделить ее смягченным тоном («Вы не должны стараться *расслабиться*» или «Возможно, вам не однажды приходилось ощущать *потерю чувствительности одной из ваших рук*»). Другим методом оказывается *намек* на то, что суггестивное переживание будет иметь место взамен прямого указания на его неизбежность (например: «Вы не расслабитесь полностью, пока ваша рука не ляжет спокойно на ваше колено» — здесь подразумевается, что субъект *действительно* полностью расслабится, как только его рука достигнет колена). Другие примеры подключают парадокс («Попробуйте не поддаваться гипнозу слишком быстро») и создание иллюзии выбора («Вы можете войти в гипнотическое состояние прямо сейчас или через несколько минут»). Другие примеры представлены Эриксоном и др. (Erickson et al, 1976).

Очевидным преимуществом непрямых методов является то, что они обеспечивают дополнительную страховку от отсут-

18

Глава 1

ствия ответа со стороны субъекта (например: «Я не уверен, что ваша рука не окажется слишком тяжелой, чтобы оторваться от колена»); кроме того, считается, что в некоторых случаях такие суггестии сводят на нет критические способности субъекта и, таким образом, не допускают развития сопротивления. Вероятно, благодаря ассоциации непрямых подходов с именем покойного доктора Милтона Эриксона, ставшего после его смерти в 1980 г. своего рода культовой фигурой в области гипнотерапии, данные методы привлекли к себе в последнее десятилетие чрезмерное внимание, невзирая на скудное подтверждение их превосходства над прямыми

методами (Lynn et al. 1987; Matthews and Mosher, 1988). Тем не менее, как и в случае властно-рекомендательных суггестии, некоторые субъекты могут лучше отзываться на один тип суггестии, нежели на другой; в Великобритании эта возможность была недавно исследована Хартом (Hart, 1990), который обнаружил, что при работе с пациентами, страдающими общими нарушениями по типу тревоги и проявившими при тестировании низкий уровень восприимчивости к гипнозу, непрямой подход оказался не более успешным, чем прямой.

6. *Внушаемость может быть достоверно измерена.* Как мы упоминали раньше, люди различаются тем, в какой степени они отвечают на суггестии, и это качество «внушаемости», «восприимчивости» или «гипнотической восприимчивости» может быть измерено с помощью стандартных серий тестов. В этих тестах обычно указан ряд суггестии, захватывающих различные модальности, речь о которых шла выше, а также степень, в которой субъект реагирует на каждую обозначенную суггестию, — скажем, в баллах в диапазоне от 0 до 4. Данные подсчета баллов могут быть суммированы для определения общего показателя внушаемости. Самые распространенные серии имеют высокий уровень надежности тестовых и контрольных показателей. Это является необходимым, но не достаточным требованием к их достоверности, однако из-за отсутствия единого взгляда на определение характерных особенностей гипноза трудно адресовать кому-либо конкретно вопрос о достоверности этих тестов. Обнадёживает то обстоятельство, что при решении некоторых проблем типа боли и ас-

Введение в предмет гипноза

19

тмы (и, возможно, других психосоматических заболеваний), успех гипнотерапии согласуется с установленным уровнем внушаемости (Wadden and Anderton, 1982).

Феллоуз (Fellows, 1988) предоставляет обзор различных серий тестов для оценки внушаемости, где наиболее широко используемыми оказываются Гарвардские тесты, разработанные М. Т. Орном с коллегами, и Стэнфордские тесты, созданные Э. Р. Хилгардом с коллегами. Эти серии работ включают в себя формы для оценки совершеннолетних субъектов, а также методы для тестирования как индивидов, так и групп. Также представлены тесты для детей (например, P. London, 1962). Разработчик теории «не-состояния» исследователь Т. К. Барбер с коллегами разработали две серии тестов: «Шкала внушаемости Барбера» (*Barber Suggestibility Scale, BSS*) и «Шкала творческого воображения» (*Creative Imagination Scale, CIS*), не обусловленные гипнозом (Barber, 1965; Wilson and Barber, 1978). Эти две серии наиболее широко применяются в Великобритании; Феллоуз (Fellows, 1979, 1986) вывел нормативные показатели для *BSS* и *CIS* на примере британских студентов. В клинической практике, за исключением научно-исследовательских работ, тесты на восприимчивость не получили в Великобритании широкого распространения.

7. *Восприимчивость к гипнозу является индивидуальной чертой, которая остается неизменной на протяжении всей жизни индивида.* Тем не менее она достигает пика в возрасте 10-12 лет и после этого плавно идет на спад. Женщины демонстрируют несколько большую восприимчивость, нежели мужчины (см., например, Fellows, 1986), однако это не имеет никакого практического значения. Похоже, что не существует выраженной связи с показателями *IQ*, превышающими определенный уровень, а связь с результатами обычных методов личностной оценки представляется косвенной (см. Gibson, 1988). Имеются, однако, указания на то, что среди людей с богатой фантазией и высокими творческими способностями насчитывается непропорционально большое число субъектов, в значительной степени восприимчивых к гипнозу. Высока вероятность того, что такие «расположенные к фантазиям» индивиды (Rhue and Lynn, 1987) чаще, чем другие, подвергались в дет-

20

Глава 1

стве сексуальному или физическому насилию, и это позволяет предположить, что их уход в фантазии был способом отвлечься от жестоких реалий своего детства. Люди, имеющие логический, аналитический и синтетический склад ума, при тестировании обнаруживают меньшую восприимчивость к гипнозу, хотя в этом случае, как и всегда, возможны многие исключения.

Делались попытки повысить, например, восприимчивость к гипнозу с помощью биологической обратной связи, непрямой суггестии и, позднее, когнитивного тренинга (Spanos et al, 1987). Для терапевта, видимо, не существует простого и надежного способа повысить восприимчивость к гипнозу в целях увеличения вероятности успешного лечения. Поиск, впрочем, продолжается, и

Барабаш и Каплан (Barabasz and Kaplan, 1989) недавно сообщили о повышении восприимчивости к гипнозу с помощью пролонгированной сенсорной депривации.

8. *Суггестии могут различаться в зависимости от гипнотической индукции.* Они могут осуществляться без какой-либо подготовки субъекта, или же мы можем сначала осуществить гипнотическую индукцию и затем применить суггестию. Подробно освещать природу гипнотической индукции я буду в главе 2, но сейчас давайте отметим, что суггестии, не предваренные гипнотической индукцией, называются «суггестиями бодрствования». Например, сценические гипнотизеры часто выбирают субъектов, предлагая аудитории принять участие в вышеупомянутом тесте на сцепление пальцев.

В главе 2 мы увидим, что сама по себе гипнотическая индукция обычно состоит из последовательных суггестии, которые подчеркивают комфортность и релаксацию, а также привлекают внимание субъекта к таким внутренним переживаниям, как воображение, воспоминания и ощущения. Суггестии могут быть даны *вслед* за индукцией, когда состояние субъекта описывается как «гипнотическое», или «состояние транса». Субъекта, например, можно попросить регрессировать к 6-летнему возрасту или же внушить ему, что часть его тела оказалась невосприимчивой к боли. Эти суггестии рассчитаны на немедленный эффект, в отличие от *постгипнотических* суггестии, которые должны сработать в какой-то определенный момент

Введение в предмет гипноза

21

уже после пробуждения субъекта. Например, гипнотизер может сказать: «Спустя некоторое время после того, как вы откроете глаза, я постучу по столу, и у вас сильно зачесется правая пятка». Постгипнотическая суггестия является весьма распространенной техникой в гипнотерапии, и примеры ее приведены в следующей главе.

Транс, или гипнотическое переживание

При осуществлении простой гипнотической индукции (см. главу 2), которая подчеркивает глубокую физическую и умственную релаксацию, а также, возможно, приглашает субъекта представить нечто приятное, и сверх этого не делается ничего, субъекты, будучи разбужены, обычно заявляют, что ничего особо примечательного не произошло. Возможно, они скажут, что испытали выраженное расслабление и погрузились в образы, описанные гипнотизером, но они также наверняка заявят, что находились в состоянии бодрствования, ни в коем случае не спали и не были без сознания, понимали, где находятся, слышали голос гипнотизера и даже фоновые звуки, а также могут восстановить большую часть, если не все, из того, что произошло в промежутке между тем, как они закрыли и открыли глаза. В случае самогипноза, когда субъектам предлагают самостоятельно пройти сквозь эти процедуры, их переживание, вероятно, окажется не богаче того, что только что было описано.

Это состояние душевного расслабления, поглощенности такими внутренними переживаниями, как воображение, воспоминания и ощущения, и отрешенности от текущих событий внешнего мира может быть обозначено как «транс». Кое-кого это слово способно смутить, поскольку порождает ассоциации со спиритизмом и сверхъестественным, однако повседневное значение данного термина прекрасно поясняет, что именно подразумевается в данном контексте. Мы знаем, что имеем в виду, когда говорим, что быть в таком-то и таком-то состоянии значит быть «в трансе» или: «Должно быть, я находился в трансе, когда сделал это». Обычными примерами этого бывают моменты, когда мы погружаемся в сны, но в фокусе нашего внимания может также оказаться внешний мир — книга, телевизионная

22

Глава 1

программа или какая-нибудь волнующая музыка. Фактически в своем субъективном качестве гипнотический и повседневный транс очень похожи. В обоих случаях индивид может искаженно воспринимать время, как правило, находя, что реальное время пролетело гораздо быстрее, чем обычно: так, что субъект по пробуждении может посчитать полчаса гипноза 10 или 15 минутами. Временами может спонтанно развиваться амнезия, оказывающаяся либо обратимой, либо нет, и это может происходить во время повседневных трансов так, как было описано в данной главе выше. Вследствие гипнотической индукции, как и в результате других методов релаксации, некоторые субъекты могут сообщать о своем искаженном восприятии собственного тела — их, конечности, например, кажутся сильно вытянутыми, или же положение тела видится измененным. В дополнение приводится ряд важных признаков или допущений, сделанных в отношении гипнотического транса:

1. *Измененное восприятие.* Только что я упоминал изменения в восприятии времени и в сборе и восстановлении информации. Измененное восприятие, спонтанное или суггестиро-ванное, может считаться свидетельством переживания транса. Раньше я утверждал, что гипнотические суггестии должны вести к автоматическим и диссоциированным действиям, и люди различаются в своей способности к подобному ответу на суггестии. Задачей индукции является приведение субъекта в состояние, в котором он сможет откликнуться на суггестию настолько, насколько позволяет запас его восприимчивости к гипнозу.

Хилгард (Hilgard, 1986), используя метод «тайного наблюдателя», исследовал в эксперименте диссоциирующие свойства более глубоких изменений восприятия. Например, высоко гипнабельным субъектам давали суггестию аналгезии кисти и предлагали погрузить ее в емкость со льдом и водой. Затем их просили оценить испытанную боль по десятибалльной шкале. В норме баллы должны были бы возрастать пропорционально затраченному времени (допустим, 2, 4, 6, 8); однако после суггестии аналгезии кисти они приблизительно оставались в интервале 0-2. Субъектам также внушили, что, несмотря на то что они находились под действием гипноза и их кисть оставалась нечувствительной к боли, в их сознании сохранялся другой участок — «участок тайного наблюдателя», который *сознавал* болевое ощущение и мог предоставить, независимо от сознания субъекта, истинную оценку уровня перенесенной боли. Эти оценки фиксировались свободной рукой либо письменно, либо путем нажатия пронумерованных клавиш, и Хил-гард с коллегами (Hilgard, 1986) обнаружили, что таковые соответствовали оценкам, высказанным устно, без суггестии аналгезии (2,4,6 и т. д.). Похожие эксперименты проводились при исследовании гипноамнезии и гипнотически суггестиро-ванной глухоты.

Введение в предмет гипноза

23

Другой разновидностью диссоциации, которую можно обнаружить при глубоком изменении восприятия и потому лишь в высоко внушаемых субъектах, является «логика транса» (Огпе, 1959, 1962). Представьте, что субъектам дали гипнотическую суггестию, внушив, что они, когда откроют глаза, не увидят стоящего перед ними стула. Некоторые высоковосприимчивые субъекты заявляют, что не видят стула, однако они, когда их просят встать и пройти вперед, обходят этот стул стороной! Субъекты, которых попросили только *притвориться* глубоко загипнотизированными, наталкиваются на стул чаще. В другом эксперименте субъекты, которые способны были вызвать «галлюцинацию» — фигуру друга, сидящего на стуле напротив них, могли также описать те части стула, которые должны были быть скрыты телом сидящего. Опять же имитаторы были более склонны отрицать свою способность сделать это. Наконец, Орн (Огпе, 1972) описывает, как субъекта, который претерпел возрастную регрессию и в возрасте, к которому регрессировал, владел только немецким языком, несколько раз спросили по-английски, понимает ли он этот язык (всякий раз с использованием новой фразеологии), и он неизменно отвечал на это: «Nein».

«Тайный наблюдатель» и «логика транса» критикуются как с методологической, так и с теоретической точек зрения (см. Wagstaff, 1981, 1988). Уогстафф (Wagstaff, 1981) предполагает, что данные формы диссоциации на самом деле являются способами, которыми субъекты сознательно могут разре-

шить дилемму, предложенную «гипнотизером», а именно: следовать суггестиям гипнотизера и все же оставаться при этом честным. Они, таким образом, посредством «тайного наблюдателя» правдиво описывают свои, скорее, осознанные, чем бессознательные переживания. По поводу дальнейшей дискуссии на данную тему заинтересованный читатель может также обратиться к Шихану (Sheehan, 1986).

24

Глава I

2. *Измененное мышление.* Вышеприведенные примеры «логики транса» показывают, как нелогично могут вести себя посредством механизма диссоциации субъекты, находящиеся под действием гипноза, что распознается незагипнотизированными субъектами даже тогда, когда последним велели притвориться загипнотизированными. В противоположность мышлению бодрствования, мышление в состоянии транса расценивается как более нелогичное, более буквальное, возможно — более эмоциональное, менее вербальное, менее критическое и менее ориентированное во времени. Кроме того, эти особенности мышления были отнесены к правому мозговому полушарию, и эту точку зрения разделяют Алладин и Хип в главе 4 (см. также

Pedersen, 1990).

3. *Доступ к бессознательному*. На качестве 2 основывается предположение о большем доступе к бессознательному материалу, который включает в себя воспоминания, фантазии и эмоции, не поддающиеся под контроль сознания, но тем не менее влияющие на ощущения пациента. (В клинических условиях речь идет обычно о деструктивном влиянии). Гипноз, следовательно, способен как усиливать диссоциацию переживаний, так и улучшать воссоединение материала, представленного в диссоциированной форме. При этом не имеется в виду, что память благодаря гипнозу улучшается в целом; это — миф, и на деле воспоминания, вызванные действием гипноза, рискуют быть засоренными фантазиями или навязчивыми вопросами (Mingay 1988).

Субъективный характер переживаний во время транса

Из приведенного обсуждения читателю может показаться, что, невзирая на демонстрации Орна (см. выше) возможных *видимых* различий между высоко восприимчивыми субъекта-

Введение в предмет гипноза

25

ми и имитаторами, главные признаки транса во многом зависят от субъективных оценок лица, находящегося под гипнозом. Некоторые субъекты и пациенты разочаровываются в своих переживаниях; они не сообщают ни о чем существенном, кроме как о чувстве релаксации. Выше я останавливался на роли отношения субъекта в субъективном переживании суггестии; кроме того, значение в данном случае имеют ожидания субъектов. Некоторые люди могут думать, что гипноз является процессом, под действие которого «нужно подпадать» и при этом не воспринимать окружающее; так что они, вероятно, будут настаивать, что их не загипнотизировали. Отдельные практические работники могут попытаться убедить таких субъектов в том, что они на самом деле *были* загипнотизированы, однако не знали об этом. Подобный спор выявляет ограниченность и сложность терминологии, используемой для описания гипноза. В действительности может случиться так, что субъект обладает низкой восприимчивостью к гипнозу, но также может оказаться, что гипнотическое переживание связано для него с определенными трудностями, возможно, из-за чувства тревоги и неспособности «раскрепоститься». Также не исключено, что гипнотизер не дал субъекту подходящей возможности испытать диссоциированное переживание. Простой релаксации может оказаться недостаточно, и гипнотизеру следует позволить субъекту отреагировать на целый ряд суггестии.

Глубина транса

Глубина транса является довольно расплывчатым понятием, которое обозначает степень, в которой субъект переживает отрешение от непосредственной действительности и погружение во внутренние процессы, а также реагирует на суггестии, требующие глубоких изменений восприятия и таких переживаний, как возрастная регрессия, амнезия и галлюцинации. Таким образом, уместно говорить о легком, среднем и глубоком трансе; некоторые субъекты, способные к очень глубокому трансу, расцениваются как «сомнамбулические», поскольку могут переживать транс с открытыми глазами.

26

Следовательно, глубина транса зависит от восприимчивости к гипнозу, однако в большей степени она соотносится с субъективным переживанием и некоторыми распространенными показателями глубины транса типа тех, что предложены Тартом (Tart, 1970) и представляют собой простой самоотчет с использованием пронумерованной шкалы.

Выводы и рекомендуемая литература

В этой главе я сделал обзор современных представлений, знаний и полемики в отношении феномена, который мы называем «гипнозом». Было отмечено расхождение взглядов на оправданность разговора об особом состоянии сознания, которое по существу отличается от повседневного состояния релаксации и помогает нам лучше понять явления, наблюдаемые нами при осуществлении процедур, именуемых «гипнозом». Было замечено, что «гипноз» в своем обычном применении предполагает подключение различных психологических процессов: релаксации, ожидания, податливости, воображения, селективного внимания и так далее, однако двумя основными понятиями, имеющими отношение к делу, являются суггестия и транс, или гипнотическое переживание. Было предложено подразумевать под гипнозом состояние умственной релаксации и ограниченного бодрствования, при которых субъекты обычно погружаются в такие внутренние переживания, как чувства и воображение, в своем мышлении становятся менее аналитическими и логичными, а также в большей степени способны отвечать на суггестии в автоматической и диссоциированной манере. Принято считать, что это состояние

может быть достигнуто или усилено с помощью процедуры, которая называется «гипнотической индукцией» (описание представлено в главе 2) и имеет целью релаксацию субъекта и отвлечение его внимания от внешней действительности на внутренние переживания.

Это был сжатый обзор природы гипноза, предназначенный для подготовки читателя к чтению последующих глав, в кото-

Введение в предмет гипноза

27

рых описаны клинические аспекты гипноза. Многие детали и сложности были опущены, так что читатель может быть заинтересован в более глубоком знакомстве с упомянутыми теоретическими и практическими изысканиями. Для этой цели чрезвычайно полезной окажется книга под редакцией Нэйша (Naish, 1986). Уогстафф (Wagstaff, 1981) предлагает пространный обзор исследований, демонстрируя в нем высшую степень приверженности теории «не-состояния», однако читатель может предпочесть более современный труд вроде работы Спаноса и Чейвса (Spanos and Chaves, 1989). Теория «состояния» наилучшим образом представлена в книге Хилгарда (Hilgard, 1986).

В данной главе не приводилась историческая справка о гипнозе, поскольку существует несколько свежих работ на эту тему — например, Голда (Gauld, 1988), а также глава 2, посвященная работам Гибсона и Хипа (Gibson and Heap, 1990). Труд Роули (Rowley, 1986) является сжатой, хорошо написанной книгой о гипнозе и гипнотерапии, в которой представлены история гипноза и обзор его различных теорий.

Список литературы

Varabasz, A. F. and Kaplan, G. M. (1989) Effects of Restricted Environmental Stimulation (REST) on hypnotizability: a test of alternative techniques, in D. Waxman, D. Pedersen, I. Wilkie and P. Mellett (eds) *Hypnosis: The Fourth European Congress at Oxford*, London: Whurr Publishers.

Barber, T. X. (1965) Measuring «hypnotic-like» suggestibility with and without «hypnotic induction»; psychometric properties, norms, and variables influencing response to the Barber Suggestibility Scale (BSS), *Psychological Reports* 16:809-844.

Barber, T. X., Spanos, N. P. and Chaves, J. F. (1974) *Hypnosis, Imagination and Human Potentialities*, New York: Pergamon Press.

Edmonston, W. E. (1981) *Hypnosis and Relaxation: Modern Verification of an Old Equation*, New York and Chichester: Wiley.

Erickson, M. H., Rossi, E. L. and Rossi, S. H. (1976) *Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and the Indirect Forms of Suggestion*, New York: Irvington.

28

Глава 1

Eysenck, H.J. and Furneaux, W. D. (1945) Primary and secondary suggestibility: an experimental and statistical study, *Journal of Experimental Psychology* 35:485-503.

Fellows, B. J. (1979). British use of the Barber Suggestibility Scale: norms, psychometric properties and the effects of the sex of the subject and of the experimenter, *British Journal of Psychology* 70: 547-557.

Fellows, B.J. (1986) The Creative Imagination Scale. Paper presented at the *Third Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, University of Oxford, April.

Fellows, B. J. (1988) The use of hypnotic susceptibility scales, in M. Heap (ed.) *Hypnosis, Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.

Gauld, A. (1988) History of hypnotism, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.

Gibson, H. B. (1988) Correlates of hypnotic susceptibility, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.

Gibson, H. B. and Heap, M. (1990) *Hypnosis in Therapy*, London: Lawrence Erlbaum.

Grabowska, M. J. (1971) The effect of hypnosis and hypnotic suggestion on the blood flow in the extremities, *Polish Medical Journal* 10: 1044-1051.

Hart, B. B. (1990) The role of hypnotizability and type of suggestion in the hypnotic-assisted treatment of pervasive anxiety. Unpublished Doctoral Dissertation, Portsmouth Polytechnic.

Hilgard, E. R. (1986) *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, 2nd edn. New York: Wiley.

Hull, C. L. (1933) *Hypnosis and Suggestibility: An Experimental Approach*, New York: Appleton Century Crofts.

London, P. (1962) *Children's Hypnotic Susceptibility Scale*, Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists

Press.

Lynn, S. J., Neufeld, V., Matyi, C L., Weekes, J., Dudley, K. and Weiss, F. (1987) Direct versus indirect suggestion, *Hypnos* 14:113-120.

Matthews, W. J. and Mosher, D. L. (1988) Direct and indirect suggestion in a laboratory setting, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 5: 63-72.

Введение в предмет гипноза

29

Mingay, D.J. (1988) Hypnosis and eye-witness testimony, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Applications*, London: Croom Helm.

Nace, E. P., Orne, M. T. and Hammer, A. G. (1974) Posthypnotic amnesia as an active psychic process: the reversibility of amnesia, *Archives of General Psychiatry* 31: 257-260.

Naish, P. L. N. (ed.) (1986) *What is Hypnosis? Current Trends and Research*, Milton Keynes: Open University Press.

Olness, K. N. and Conroy, M. M. (1985) A pilot study of voluntary control of transcutaneous P_O₂ by children, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 33:1-5.

Olness, K. N., Culbert, T. and Uden, D. (1989) Self-regulation of salivary immunoglobulin A by children, *Pediatrics* 83:66-71.

Orne, M. T. (1959) The nature of hypnosis: artifact and essence, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 58: 277-299.

Orne, M. T. (1962) Hypnotically induced hallucinations, in L. J. West (ed.) *Hallucinations*, New York: Grune & Stratton.

Orne, M. T. (1972). On the simulating subject as a quasi-control in hypnosis research: what, why and how? In E. Fromm and R. E. Shor (eds) *Hypnosis: Research Developments and Perspectives*, Chicago: Aldine-Atherton.

Pedersen, D. L. (1990) Implications of cerebral specialization to hypnotherapy with an introduction to cameral analysis, *Hypnos* 17:19-28.

Popper, K. R. (1963) *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*, London: Routledge & Kegan Paul.

Rhue, J. W. and Lynn, S. J. (1987) Fantasy proncnss: the ability to hallucinate «as real as real», *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 4:173-180.

Rowley, D. T. (1986) *Hypnosis and Hypnotherapy*, London: Croom Helm.

Sarbin, T. R. and Coe, W. C (1972) *Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication*, New York: Holt, Rinehart & Winston.

Sheehan, P. W. (1986) An individual differences account of hypnosis, in P. L. N. Naish (ed.) *What is Hypnosis? Current Theories and Research*, Milton Keynes: Open University Press.

Spanos, N. P. (1982) Hypnotic behavior: a cognitive and social psychological perspective, *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior* 7:199-213.

30

Глава 1

Spanos, N. P. and Chaves J. F. (1989) *Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective*, Buffalo, NY: Prometheus.

Spanos, N. P., de Gron, M. and de Groot, H. (1987) Skill training for enhancing hypnotic susceptibility and word list amnesia, *British journal of Experimental and Clinical Hypnosis A*: 15-24.

Spinhoven, P. (1987) Hypnosis and behaviour therapy: a review, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 35: 8-31.

Spinhoven, P., Baak, D., van Dyck, R. and Vermeulen, P. (1988) The effectiveness of an authoritative versus permissive style of hypnotic communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 36:182-191.

Stacher, G., Berner, P., Naske, R., Schoster, P., Bauer, P., Starker, H. and Schuize, D. (1975) Effects of hypnotic suggestions of relaxation on basal and betazole-stimulated gastric acid secretion, *Gastroenterology* 68: 656-661.

Tart, C. T. (1970) Self-report scales of hypnotic depth, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 18:105-125.

Wadden, T. A. and Anderton, C. H. (1982) The clinical use of hypnosis, *Psychological Bulletin* 91: 215-243.

Wagstaff, G. F. (1981) *Hypnosis, Compliance and Belief*, Brighton: Harvester Press.

Wagstaff, G. F. (1988). Current theoretical and experimental -issues in hypnosis: overview, in M. Heap

(ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.

Wilson, S. C. and Barber, T. X. (1978) The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: applications to experimental and clinical hypnosis, *American Journal of Clinical Hypnosis* 20:235-249.

2

Майкл Хун

ЗНАЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ГИПНОЗА В ПСИХОТЕРАПИИ

Введение

В этой главе я рассмотрю некоторые общие принципы и соображения при терапевтическом использовании гипноза или, если выразиться короче, «гипнотерапии». Как было заявлено в начале главы 1, гипноз не является терапией; скорее, он обеспечивает терапевта набором техник, которые тот может использовать в дополнение к конкретному курсу лечения. Гипноз, таким образом, может быть с большей точностью определен как *дополнение* к терапии, хотя фактически мы увидим, что само по себе гипнотическое переживание приводит к физическому и умственному расслаблению и что практика самогипноза способна в целом положительно повлиять на разрешение многих психологических и психосоматических проблем.

Какую теорию гипноза предпочесть?

Одной из трудностей, с которой может столкнуться начинающий гипнотерапевт, оказывается тот факт, что о природе гипноза спорят не только специалисты, но также, как мы

32

Глава 2

видели в главе 1, существует влиятельная философская школа, считающая, что гипноз является выпреним, устаревшим понятием и что все явления, которые с ним ассоциируются, могут получить более приземленное объяснение в рамках физиологии. Заявлялось даже, что единственной причиной, по которой от гипноза до сих пор не отказались, является личная заинтересованность терапевтов (Spanos and Chaves, 1989). Все это с легкостью может подорвать уверенность терапевтов, практикующих в своей работе гипноз, и оттолкнуть других, которые хотели бы приобрести такие навыки.

В этом споре автору представляются важными два аргумента. Во-первых, следует задуматься над научной стороной теорий, которыми предлагается объяснить явления, описываемые как «гипнотические». Придерживаясь буквы научного истолкования, каждая из этих теорий пытается объяснить гипноз посредством терминов, которые нам уже понятны. В настоящее время верно то, что такие термины, как «ролевое проигрывание», «убежденное фантазирование», «диссоциация» и «податливость», оказываются для нас знакомыми и понятными, и следовательно, описание гипноза в каких-либо терминах из перечисленных может удовлетворить нашу потребность в объяснении при наблюдении «гипнотических явлений». Однако понимание этих терминов во многом исходит из нашего собственного субъективного опыта их переживания, и они, таким образом, оказываются сами недостаточно определенными. При отсутствии точных объективных определений научный статус теории является условным, поскольку она не в состоянии обеспечить недвусмысленность положений. Вероятно, по этой причине многие дебаты между различными теоретическими школами гипноза касались объяснения того, что уже наблюдалось, а не прогнозов на будущее. Поскольку термины, в которых даются эти объяснения, не являются точными, теории — как многое в психологии — неизбежно скатываются в тавтологию. Например, теория недиссоциации Хилгарда (Hilgard 1986) гласит, что гипнотические явления возникают в результате разделения различных когнитивных систем «амнестическими барьерами» (см. мнение Алладина и Хипа в главе 4 настоящей книги). Остается непонятным, в чем же состоит сущность «ам-

Значение и применение гипноза в психотерапии 33

нестического барьера», если не в том, что мы подразумеваем в субъекте при описании феноменологического переживания диссоциации.

Разнообразные теории гипноза, рассмотренные подобным образом, могут оцениваться не в смысле своей достоверности, но с точки зрения полезности их взгляда на гипноз в конкретном контексте. Это подводит нас ко второму соображению, а именно — к вопросу о наибольшей пользе различных теорий гипноза для решения лечебных задач: «Какая из этих теорий влечет за собой наиболее эффективные лечебные процедуры?» «По мнению автора, терапевты, практикующие гипноз, из всех возможных моделей, его описывающих, сочтут максимально полезной модель диссоциации, представленную в последней главе. Она не слишком отличается от описания

повседневных переживаний «транса» и согласуется с известной высокой гипнабельностью людей, расположенных к фантазиям (см. главу 1) и убежавших в сказку, стремясь отгородиться от жестокой реальности, окружавшей их в детские годы. Она согласуется с низкой гипнабельностью пациентов, страдающих неврозом навязчивых состояний (Hoogduin and de Jong, 1989), и анорексией ограничительного типа, когда и те и другие должны держать под контролем свои действия в окружающем их мире. Она соотносится с более высокой гипнабельностью пациентов, которые занимаются самоистязанием или претерпевают распад на отдельные личности (Hilgard, 1986), или чередуют застолья с чистками организма, пытаясь контролировать свой вес (Pettinati et al., 1985); подобные пациенты часто описывают свое поведение в терминах диссоциации (например: «когда я обедаю, мне кажется, что это делаю не я, а кто-то посторонний»). В конце концов, будет найдена теория, на основе которой возникнут новые модели и техники, применение которых в терапевтических целях окажется достаточно эффективным, чтобы быть использованным в решении широкого спектра проблем.

Гораздо менее полезной для терапевта оказывается модель, представляющая гипноз с точки зрения податливости: она не дает убедительного объяснения вышепредставленным наблюдениям и не влечет за собой модели и техники, столь же полез-

34

Глава 2

ные и эффективные, как в случае модели диссоциации. Тем не менее полезность самой модели диссоциации ограничена, как и всякой другой. Имеются в виду обстоятельства, при которых модель не дает удовлетворительного описания поведения и переживаний пациента, а техники, произведенные от нее, не являются благоприятными для ситуации (см. ниже). В таких случаях может оказаться, что модель, основанная на податливости, ролевым проигрыванием или релаксации, предоставляет более полезное описание происходящего, нежели модель диссоциации. Теоретические дебаты вроде спора о «состоянии» и «не-со-стоянии» навлекли на себя критику, особенно со стороны терапевтов, за свою бесплодность, педантизм и большую озабоченность семантикой, нежели самими явлениями. Автор настоящих строк, несмотря на строгость суждения, не может с ним согласиться. Эти дебаты были острыми и продуктивными, а сам гипноз выиграл от внимания, которое уделили ему оппоненты — фигуры такого масштаба и ясного ума, как Т. К. Барбер, Хил-гард, Орн, Сарбин, Спанос и Уогстафф, которые были лишь несколькими из многих. Напротив, гипнотерапия и ее приверженцы, начиная с XVIII столетия, эпохи месмеризма и животного магнетизма, и заканчивая неозериксионизмом и нейро-лингвистическим программированием (см. Непар, 1988) Нового века, рассматривались в лучшем случае как свидетельства легковерия и наивного мышления, а в худшем — как чистое мошенничество. Гипноз всегда был сытной кормушкой для всех видов мифов и фантазий, которые разрастаются и процветают сегодня так же, как и в былые времена.

Гипнотическая индукция в терапии

Читатель, еще не ознакомившийся с современной литературой, посвященной гипнозу, может быть удивлен вниманием, которое я уделил выше теоретическим разногласиям. Это внимание, однако, представляется важным, поскольку стоит кому-либо вторгнуться в данную область, как шагу не уда-

Значение и применение гипноза в психотерапии 35

ется ступить без того, чтобы не столкнуться с яростным сопротивлением, и если как-то не пройти сквозь все это, то можно вообще покинуть поле в состоянии разочарованности и недоумения. Не является исключением из общей картины и вопрос о том, как осуществляется гипнотическая индукция (если осуществляется вообще). Впрочем, поскольку здесь я сосредоточиваюсь на терапевтическом применении гипноза, освещение гипнотической индукции будет носить преимущественно практический характер и проводиться с позиции диссоциации. Методы индукции не раскрываются во всех подробностях, и тем, кто ими интересуется, можно предложить обратиться к таким общим клиническим работам, как труды Карле и Бойза (Karle and Boys, 1987) и Уоксмана (Waxman, 1989).

Важность контекста

Условия, в которых осуществляются гипнотические суггестии, важны в столь же высокой степени, сколь и влияние ожидания на какое бы то ни было поведение. Сценический гипноз, клиника и экспериментальная психологическая лаборатория порождают ситуации, к которым индивиды подходят с различными ожиданиями в отношении действий гипнотизера, своих собственных ощущений и поведения, а также их взаимоотношений с гипнотизером. Например, сценический

гипнотизер с его группой добровольцев и взволнованной аудиторией, ожидающей веселого представления, сравнительно легко вызовет ответ на суггестию того, что субъекты, допустим, будут прыгать по сцене, будто цыплята; терапевт из клиники вряд ли дождет подобной реакции, если он глуп настолько, что осуществит такую же суггестию, — она совершенно не соответствует контексту.

Значит ли это, что гипнотизер не может внушить субъектам совершить нечто такое, что в норме не соответствует их моральным установкам? Если мы имеем в виду простую суггестию, то ответ, скорее всего, будет отрицательным, однако следует помнить, что терапевт или экспериментатор способен манипулировать контекстом так, что субъекты действительно начнут вести себя в манере, противоречащей их обычным моральным стандартам. Милграм (Milgram, 1963, 1974) парази-

36

Глава 2

тельным образом это продемонстрировал, успешно вынудив некоторых зрителей подвергнуть другое лицо тому, что они считали болезненным и даже смертельным электрошоком (лицо в действительности было подставной фигурой, не испытывавшей никакого шока), на том основании, что они якобы участвуют в некоем важном научном исследовании. В отношении самой гипнотерапии Хип (Heur, 1984) и Карле (глава 11 настоящей книги) сообщают о случаях, когда не имевшие дипломов гипнотерапевты позволяли себе сексуальные домогательства в адрес клиенток и не встречали сопротивления, так как предварительно объясняли им, что эти действия являются частью лечения и призваны помочь клиентам преодолеть систему их запретов.

Подготовка пациента к гипнозу

С учетом вышеприведенных соображений в случае официального лечебного применения гипноза важно, чтобы действия и внушения терапевта соответствовали контексту и способствовали формированию соответствующих ожиданий, максимально увеличивая таким образом восприимчивость пациента к суггестии. Необходимо, чтобы при этом существовали теплые, доверительные взаимоотношения, предполагающие обоюдную симпатию. В некоторых случаях пациент сам просит его загипнотизировать, и степень возможного влияния этой просьбы на выбор лечения терапевтом будет обсуждаться в настоящей главе позднее. В других случаях гипноз предлагает терапевт. Иногда такое решение может быть принято и доведено до сведения пациента после первичного осмотра, но также возможно, что лечение было уже начато, и врач решил применить гипноз дополнительно.

Когда, независимо от ситуации, пациенту открыто говорят, что в *его* случае могло бы помочь гипнотическое воздействие, важно исследовать его реакции и ожидания. Полезно, например, спрашивать у пациентов, соприкасались ли они с гипнозом прежде как участники процесса или как зрители (например, на сеансе сценического гипноза), а также просить их поделиться своими мыслями и убеждениями в отношении природы гипноза. Терапевт должен быть внимателен к любым опасениям и

Значение и применение гипноза в психотерапии 37

тревогам пациента и смягчать таковые уверенно и убедительно. Самой важной частью подготовки является помощь клиенту в душевном и физическом расслаблении и отвлечение его внимания от внешней действительности в направлении внутренних переживаний: ощущений, воспоминаний, фантазий и так далее. Терапевт может помочь достигнуть этих целей, описывая в спокойной и расслабляющей манере разнообразные переживания, которые пациент будет испытывать в гипнотическом состоянии. На этой стадии терапевту может быть полезно напомнить пациенту об опыте повседневного транса, описанного в главе 1. На определенном этапе пациента попросят закрыть глаза, чтобы лучше сфокусироваться на внутренних переживаниях, или сперва предложат всмотреться в точку, требующую заведение глаз кверху, чтобы пациент ощутил в них напряжение и тяжесть и постепенно закрыл их.

Поверхностная индукция и углубляющие процедуры

Вышепредставленные суггестии характеризуют первый этап последовательности действий, которые входят в поверхностную гипнотическую индукцию (последующая стадия в этой последовательности обычно именуется «углубляющей» фазой). Для введения в гипноз существует много стандартизированных процедур, но все они имеют целью добиться от пациента релаксации и погружения внутрь себя. Гипнотическую индукцию и углубляющие процедуры отличают следующие особенности:

1. Фокусирование внимания субъекта на одном раздражителе или ограниченном количестве

раздражителей, имеющих отдельную модальность, — например, зрительную (световое пятно), слуховую (голос гипнотизера, стук метронома и т. д.), соматосенсорную (телесные ощущения), двигательную (дыхание или поднятие руки), воображенную (сцена, описанная либо гипнотизером, либо выбранная субъектом) и так далее. Выбор раздражителя представляется совершенно произвольным, и терапевты склонны разрабатывать свой собственный метод, которому и отдают предпочтение.

38

Глава 2

2. Повторные суггестии релаксации, комфорта, спокойствия, тяжести, «высвобождения», «углубления» и т. д.

3. Счет на «раз-два» — например: «Пока я считаю, вы с каждым счетом расслабляетесь все глубже и глубже», «С каждым вздохом ваше тело становится все более и более расслабленным», «По мере того как ваши глаза тяжелеют, все ваше тело погружается в кресло глубже и глубже» и «С каждым движением вашей руки вы становитесь все более глубоко загипнотизированным».

Чрезвычайно полезно включать в индукцию по меньшей мере одну суггестию, которая позволяет субъекту, если он внушаем, пережить некоторую степень диссоциации. Как говорилось в главе 1, суггестии релаксации и тяжести тела не всегда вызывают ощущение диссоциации или непровольную реакцию, тогда как поднятие руки, тяжесть в руке, анестезия, «посыльные» тесты типа глазной и конечностной катаlepsии и так далее обладают такой способностью. Поднятие руки является распространенным методом, в то время как «посылы» в случае неудачной суггестии порождают риск того, что вера пациента в терапию будет поколеблена.

В терапевтических целях при первом введении в гипноз отдельного пациента обычно применяют последовательность из трех или четырех индуцирующих или углубляющих процедур. Преимущество здесь заключается в том, что пациент и терапевт подбирают наиболее действенные методы, и при последующих сессиях индукция может быть значительно сокращена, поскольку для некоторых пациентов оказывается достаточно вербального сигнала, который, будучи несколько раз повторен, вызывает тот же эффект, что и начальная, более продолжительная гипнотическая индукция.

Процедуры, входящие в гипнотическую индукцию, являются полезными способами релаксации, но, по мнению автора этих строк, их роль в гипнотерапии была переоценена из-за слишком стойкой приверженности модели, согласно которой терапевт описывается как «погружающий субъекта в гипнотический транс» (термин «гипнотическая индукция» также создает такое впечатление). В действительности отдельные авторы — например, Барбер (Barber 1969) — предположили, что

Значение и применение гипноза в психотерапии

39

гипнотическая индукция оказывает действие, лишь немногим отличное от церемониального. Другие — такие как Хилгард (Hilgard, 1986) — видят значение индукции в том, что она увеличивает вероятность диссоциированной реакции субъекта, в частности, тогда, когда суггестии требуют более глубоких изменений восприятия и ощущений; Хилгард (Hilgard, 1986, p. 226) заявляет:

«Иначе говоря, мы обнаруживаем, что гипнотические процедуры предназначены для создания готовности к диссоциированным переживаниям путем прерывания обычного потока воспоминаний и нарушения или прекращения ориентации в окружающей действительности под властью слов, содержащихся в прямой суггестии, селективном внимании или невнимании и в соответствующей стимуляции воображения».

Модели и техники в терапии

Итак, я говорил в этой главе о теориях, или, как я предпочитаю их называть, *моделях* гипноза, особо останавливаясь на модели, которая роднит явления гипноза с понятием диссоциации. Эта модель гипноза порождает отдельный набор техник, именуемых «индукцией» и «углублением», которые описаны выше, и я кратко разберу модели и техники, произведенные от вышепредставленных идей, касающихся гипноза. Сперва давайте подумаем над тем, что мы подразумеваем под понятием «техника», когда ведем речь о терапии. В этом смысле техника может быть легко определена как «способ ответа, предписанный терапевтом или, под управлением терапевта, пациентом, который направлен на осуществление желательных изменений в поведении, мышлении, чувствах и физиологических процессах».

В настоящее время все виды психологической коррекции имеют целью осуществление перемен на одном или больше из перечисленных уровней. Например, программа поведенческой терапии

может быть использована для помощи человеку в обучении более уверенному повседневному общению с окружающими; индивид с низким уровнем самооценки сможет с помощью курса когнитивной или психодинамической терапии

40

Глава 2

прийти к более реалистическому или позитивному пониманию своей персоны; кто-то, страдающий от хронической жестокой боли, может научиться снижать воспринимаемую интенсивность этой боли посредством какой-либо формы когнитивно-бихевиоральной терапии; а человеку, чье заболевание вызвано стрессом, могут помочь процедуры, направленные на физическую релаксацию. Каждая из этих разновидностей терапии связана с различными видами техник, которые отражают теоретическую модель, на которой основывается терапия.

Гипноз в той форме, в какой я описывал его выше, снабжает терапевта совокупностью моделей, каждая из которых является источником набора техник, дающих терапевту возможность более успешного лечения пациентов на вышеперечисленных уровнях. В последней главе я сделал обоснованное предположение, что терапевтов заинтересует не столько точность модели, сколько полезность и эффективность техник, которые она порождает.

Это соображение можно пояснить примером. Подумайте над следующей моделью. Человеческое сознание подразделяется на сознательную и бессознательную части; в бессознательной части сознания содержатся воспоминания, чувства, конфликты и так далее, которые вытесняются бодрствующей сознательной частью. Природа гипноза такова, что терапевт, осуществивший процедуру гипнотической индукции, в результате которой пациент «погружен в гипнотическое состояние», может обращаться непосредственно к бессознательному пациента, получая таким образом доступ к вытесненным воспоминаниям, конфликтам и так далее. В дальнейшем этот материал может быть включен в сферу сознательного, после чего пациент сможет более успешно с ним справляться.

Эта модель порождает разнообразные гипнотерапевтические техники, рассматриваемые как «исследовательские», «раскрывающие» или «аналитические», и я намерен должным образом их осветить. Давайте сейчас рассмотрим одну из таких техник, которая предполагает идеомоторную суггестию, описанную в предыдущей главе. Терапевт сообщает пациенту, что его подсознание может сигнализировать поднятием разных пальцев: один палец означает «да», другой — «нет»,

Значение и применение гипноза в психотерапии

41

третий — «не знаю», и еще один — «не хочу говорить». В соответствии с этой моделью считается, что с помощью таких пальцевых движений можно добраться до бессознательного материала, постепенно довести его до осознания, после чего интерпретировать и ассимилировать так, чтобы он меньше вредил эмоциональной жизни пациента. Терапевт, следовательно, в первую очередь должен определить, работает или не работает техника: полезна ли она? Я рассмотрю этот вопрос надлежащим образом и дам осторожный утвердительный ответ. Существует, однако, ряд предостережений, которые слишком часто игнорируются. Во-первых, описанная техника, как и любое другое терапевтическое воздействие, имеет ограниченный спектр применения: во многих случаях она не поможет и часто будет расцениваться как бесполезная вообще. Во-вторых, когда техника эффективна, это не значит, что правильна модель, на которой она основывается. В процессе лечения пациенты могут поправляться по разным причинам — например, в результате плацебо, спонтанной ремиссии и позитивного влияния отношений между терапевтом и пациентом. Более того, автор убежден, что многие гипнотерапевтические техники достаточно сложны и могут побудить пациента к широким интерпретациям: это значит, что он может счесть техники полезными и эффективными по другим причинам, нежели те, что подразумевались собственной моделью терапевта. В примере, приведенном выше, пациент может найти технику идеомоторного сигнализирования полезной не потому, что она помогает, как предполагается моделью терапевта, подобраться к бессознательному материалу, но потому, что она облегчает ему обдумывание и передачу определенной информации — важной и очень тревожной. Другими словами, акт «погружения пациента в гипнотическое состояние» и внушения, что информация, передаваемая движениями пальцев, исходит из сферы сознания, за которую пациент сознательно не отвечает, может оказаться для него разрешением вскрыть материал, который при обычном общении с терапевтом мог бы быть сочтен слишком постыдным или травмирующим. (Дальнейшую информацию по этому поводу см. в главе 6.) Итак, в рассмотренном случае модель терапевта является,

строго говоря, *неточной*, однако она не оказывается *неблагоприятной* в терапевтическом смысле. Гораздо более серьезная ошибка совершается, когда терапевт пытается распространить свою модель и техники на области, лежащие за пределами их применения. Похоже, что судьбой всех терапевтических моделей и произведенных от них техник становится их приложение к тому, что не входит в сферу их истинного употребления. (На самом деле спектр адекватного применения может быть крайне узким или даже не существовать вообще.) Это со всей очевидностью относится к современной (как традиционной, так и альтернативной) медицине, разновидностям психологической коррекции и методам лечения всех времен и культур. По крайней мере, это является последним наблюдением автора, и я назвал этот феномен «Принципом Хипа» (Heар, 1990). Например, можно видеть, как в сфере альтернативной медицины метод идеомоторного сигнализирования применяется с целью диагностики заболеваний и даже для подбора лечения. Таким же образом можно встретиться с авторами, которые настаивают на том, что описанная выше сознательно-бессознательная диссоциативная модель лежит в основе всех эмоциональных проблем (см. Gibson and Heар, 1990). Фактом же является то, что данную модель ни в коем случае нельзя рассматривать всерьез в качестве теории человеческого сознания и процессов человеческой психологии, и она ставится под сомнение академическими и экспериментальными психологами. Тем не менее в ограниченном смысле эта модель может быть полезной применительно к психотерапии.

Это подводит нас к другому соображению касательно моделей и техник терапии: поскольку спектр их применения ограничен, они легко поддаются дискредитации со стороны теоретиков и экспериментаторов. Как читатель увидит, конфликт между терапевтом и ученым с особенной наглядностью проявляется в области гипноза. В действительности иногда задаешься вопросом, об одном ли и том же феномене говорят клиницисты и экспериментаторы. Эту напряженность можно ослабить, если обе стороны признают, что зачастую модели терапевтов благоприятны только при рассмотрении их в специ-

Значение и применение гипноза в психотерапии 43

фическом контексте и что главной заботой *терапевтов* является разработка на основе моделей техник, которые полезны и эффективны *в указанном контексте*. Ясно, что терапевту наиболее близким будет то исследование, с помощью которого можно практически оценить эффективность применяемых техник. Это не дает терапевтам права игнорировать изыскания экспериментальных психологов, хотя автор данных строк рекомендует им поступать так при первой же возможности, если подобные исследования ставят под вопрос надежность и эффективность их терапии. На самом деле, терапевты сами должны решать, как в процессе работы следует изменить собственные идеи и гипотезы в свете открытий их ученых коллег.

Пять моделей гипнотерапии

Существуют, по меньшей мере, пять моделей, представляющие важность для гипнотерапии. На основе каждой модели возникают техники, с помощью которых лечение будет проходить более эффективно. Каждая модель имеет ограниченный спектр применения и каждая, как отмечалось выше, стремится выйти за рамки этого ограничения.

Модель 1: В соответствии со своей восприимчивостью к гипнозу люди способны автоматически и в диссоциированной манере отвечать на суггестии, которые могут изменить их ощущения, восприятия, мысли и поведение. Эту способность можно повысить с помощью гипнотической индукции. На базе данной модели создаются техники, дополняющие поведенческую и когнитивную терапию (включая тренинг релаксации и управления тревогой). Это дает возможность людям легче справиться с болью, вызванной либо заболеванием, либо каким-то врачебным, в том числе стоматологическим, вмешательством. Использование данных методов в поведенческой терапии освещено в главах 3, 5 и 7, а в главе 4 описывается их применение в когнитивной терапии. В главе 3 рассказывается об использовании гипноза в тренинге релаксации и управления тревогой. В этих случаях один из основных наборов техник, созданных моделью, предполагает гипнотическую и постгипнотическую суггестию, часто в сочетании с мысленным проигрыва-

нием, прилагаемую для закрепления изменений в ощущениях, мышлении и поведении, которые являются главным объектом терапии. Например, при лечении эксгибициониста посредством

терапии, которая подразумевает скрытое отвращение, можно дать и мысленно проиграть следующую суггестию: «Как только вы почувствуете потребность обнажиться, в вашем сознании оживет эта прискорбная сцена [предварительно проигранная], а также все ужасные чувства, которые ее сопровождают». В процессе тренинга управления тревогой постгипнотическая суггестия может быть такой: «Как только у вас появятся эти неприятные ощущения в области желудка, сделайте глубокий вдох, и после, когда будете выдыхать, вы испытаете чувство покоя и контроля над ситуацией». Похожие постгипнотические суггестии можно применить для дополнения когнитивных изменений во время курса когнитивной терапии (см. главу 4). Подразумевается, что пациент, не прибегая к умышленному сознательному усилию, автоматически и произвольно ответит на эти постгипнотические суггестии. Гипнотические процедуры для преодоления боли и изменения ее восприятия несколько более сложны и описаны в главе 6 Барри Хартом.

Поскольку восприимчивость к гипнозу связана со способностью контролировать боль с помощью используемых процедур, данная модель и произведенные от нее техники оправдывают себя при обезболивании (см. главу 6). Однако применение их в других областях обнадеживает меньше. Уодден и Андертон (Wadden and Anderton, 1982) сделали вывод, что при лечении так называемых «самовозникающих» проблем типа курения и переедания, а также фобий нет достоверных свидетельств в пользу эффективности гипноза и что восприимчивость к нему не влияет на результат (см. также главу 5). И хотя, как мы утверждали выше, пациенты могут переживать терапию иначе, чем предписывает модель, это не означает, что техники не эффективны как таковые. В данном случае, однако, уместно пересмотреть модель в свете несовместимости ее с эмпирическими данными.

На основании работ Уоддена и Андертона (Wadden and Anderton, 1982), Килстрема (Kihlstrom, 1985) и Спинховена

Значение и применение гипноза в психотерапии _____ 45

(Spinhoven, 1987) можно предположить, что терапевты не ограничились своими гипнотические суггестии отдельными изменениями в ощущениях, мышлении и поведении, но попытались непосредственно изменить сложные чувства, установки и привычки. В ранее приведенных примерах постгипнотических суггестии реакции (как и ситуации, в которых они вызывались) были ясными и четкими, а пациент мог, следуя инструкции, воспроизвести их (представление конкретной сцены или совершение глубоких вдохов и выдохов). Однако кажется сомнительным, чтобы пациент мог автоматически и произвольно ответить на такие суггестии, как: «Вы становитесь более уверенным в себе», «Вы будете есть только то, что полезно вашему организму», «Вы больше не вспомните о сигарете», «С этого момента вы сможете за себя постоять», и т. д. Для достижения этих целей пациента нужно сначала обучить соответствующим навыкам, а конкретные реакции могут быть впоследствии закреплены гипнотической суггестией и фантазией (Gibson and Hear, 1990).

Модель 2: Правильно подобранные суггестии и фантазирование могут непосредственно изменять некоторые автономные функции в той степени, в которой субъект восприимчив к гипнозу. Этот процесс может быть усилен с помощью гипнотической индукции. Данная модель влечет за собой процедуры, которые можно использовать при лечении психосоматических и других заболеваний физического характера. Обычные техники предполагают суггестию и воображение исцеления пораженного органа или части тела, предпринятое посредством соответствующих психологических изменений. Примерами являются суггестии и мысленные образы, предполагающие согревание руки и периферическую вазодилатацию при лечении мигрени или болезни Рейно; понижение желудочной секреции и кишечной перистальтики в случае пептической язвы, синдрома раздраженного кишечника и других желудочно-кишечных расстройств, а также улучшение микроциркуляции при дерматологических заболеваниях.

Клинические испытания показали высокую эффективность этих техник (см. главу 8); сам по себе гипноз представляется активным компонентом лечения, по меньшей мере, части из

46

Глава 2

вышеперечисленных состояний, а восприимчивость к гипнозу может соотноситься с результатом. Впрочем, поскольку многие заболевания развиваются вследствие стресса и тревоги, существенной составной частью терапии могут отказаться техники управления тревогой и стрессом, которые также порождаются Моделью 1.

В предыдущей главе утверждалось, что суггестии и мысленные образы *могут* влиять на

специфические физиологические реакции, и в процессе научного исследования нужно определить: 1) спектр произвольных реакций, которые могут быть избирательно модифицированы данным способом, и 2) степень, в которой под действием этих изменений наступает выздоровление. Говоря о первом пункте в главе 1, мы затронули вопросы периферического кровотока и работы желудка, а у детей — уровня тканевого кислорода и иммуноглобулина А, содержащегося в слюне. Что касается второго пункта, то Гибсон и Хип, (Gibson and Hear, 1990) ознакомившись с немногочисленными свидетельствами, предоставленными клиническими изысканиями и литературой по биологической обратной связи, выяснили, что при лечении мигрени и других сосудистых заболеваний нет никакой связи между уровнем кровотока, измененного суггестией, и терапевтическим эффектом. Поскольку модель это не подтверждает, напрашивается вывод, что у нее может быть ограниченный спектр действенного применения и что техники могут оказываться эффективными совсем по другим причинам. Тем не менее данные техники были широко использованы — например, при лечении рака с помощью мысленного образа иммунологических сдвигов (*American Journal of Clinical Hypnosis*, 1982-3).

Модель 3: Гипноз улучшает доступ пациента к диссоциированным мыслям, чувствам, воспоминаниям и так далее. Эта модель породила некоторые оригинальные техники, которые в целом называют «исследовательскими» и «раскрывающими» процедурами, хотя мы также можем говорить и о «гипноаналитических методах». Обычно считается, что эти процедуры дополняют аналитическую или психодинамическую терапию, но нет никаких оснований не включать их в терапию поведенческую или когнитивную.

Значение и применение гипноза в психотерапии _____ 47

Чрезвычайно популярная техника — идеомоторное сигнализирование — была описана в этой главе выше. Другой является возрастная регрессия, при которой пациенту внушают мысленно повернуть время вспять и вернуться к тому событию детства, которое перекликается с его сегодняшними проблемами. Может быть также внушено, что на протяжении следующих нескольких дней пациент будет видеть сон, который поможет ему понять природу существующей проблемы и способ ее решения (Degun and Degun, 1988). Похожим образом пациенту можно предложить пофантазировать или увидеть сон в процессе гипноза (иногда оказывается полезным спроецировать фантазию на экран). Эти техники рассматриваются во многих главах данной книги, но полный их обзор читатель сможет найти, обратившись к Карле (Karle, 1988).

Эмпирически очень трудно оценить спектр действия и полезности данной модели и ее техник, так что нам приходится полагаться на многочисленные сообщения в литературе об индивидуальных случаях (как и на чей-то личный клинический опыт), в которых техники явно внесли в терапию суще-СТВенный вклад.

Некоторые врачи и практики, работающие без диплома, зачастую демонстрируют неоправданное применение модели. В частности, они утверждают, будто пациента необходимо подвергать возрастной регрессии всегда, чтобы «добраться до сути дела» — события или травмы, которые повлекли за собой настоящие проблемы. Автор этих строк вспоминает пациента с рассеянным склерозом, который, консультируясь у практика без диплома, был привлечен к идеомоторному сигнализированию в связи с предположением, что его болезнь была вызвана прошлым травмирующим событием.

Модель 4: Гипноз является приятным, повышающим настроение переживанием, которое предполагает высокий уровень согласия между гипнотизером и пациентом. Эти приятные ощущения могут быть усилены позитивными, повышающими чувство уверенности в себе («эго-усиливающими») суггестиями и фантазиями. Обычная процедура «эго-усиления», «эго-поддержки» или «эго-возвышения» заключается в повторении терапевтом серий утверждений типа: «Вы почувствуете

48

Глава 2

себя более крепким физически и сильным во всех отношениях», «Вы станете более живым, более восприимчивым, более энергичным», «Вы больше не будете столько размышлять о самом себе» и «С каждым днем ваши нервы будут становиться все крепче и выносливее». Эти примеры взяты из наиболее широко практикуемого способа эго-усиления Хартланда (Hartland, 1971).

С первого взгляда может показаться, что эти техники произведены от Модели 1, поскольку с их помощью пытаются суггестивно изменить ощущения, мысли и поведение. Однако читатель также заметит, что суггестии направлены на сложные переживания и установки, а не на достижение отдельных, четко очерченных результатов. Ранее высказывались сомнения насчет того, что

упомянутые реакции могут быть непосредственно спровоцированы гипнозом, как, скажем, поднятие руки или онемение кисти.

Возможно, эго-усиливающие суггестии больше связаны со вторичной, нежели с первичной внушаемостью (см. главу 1). В этом случае их эффективность напрямую не зависит от степени восприимчивости субъекта к гипнозу. Вероятно, более важным фактором, определяющим успех данных процедур, является степень уверенности пациента в терапевте и предложенной терапии, выраженность взаимного согласия и действительное переживание пациентом приятных ощущений, обещанных при эго-усиливающей суггестии. Однако следует быть начеку в связи с соблазном использовать эту модель слишком широко. Нельзя применять эго-усиливающие процедуры в качестве единственного лечебного средства в случаях, когда пациенты страдают серьезными и хроническими эмоциональными и поведенческими расстройствами. В главе 4 Алладин и Хип вновь рассказывают о печальном случае, описанном Хипом (Hear, 1984), когда реакцией депрессивного пациента на курс эго-усиливающей терапии под руководством не имевшего диплома практика стала серьезная суицидная попытка.

Несмотря на эти оговорки, существуют свидетельства в пользу того, что творческое использование эго-усиливающих процедур способно улучшить лечение состояний, связанных с повседневными стрессом и тревогой (Стэнтон Stanton 1990). Их так-

Значение и применение гипноза в психотерапии

49

же можно в любое время использовать для закрепления прогресса, достигнутого в лечении пациента. Как Хип (Hear 1985), так и Росс (Ross 1985) в своих работах рекомендовали терапевтическое использование эго-усиления.

Модель 5: Эта модель основывается на представлении о том, что люди уже располагают ресурсами для преодоления проблем, но они скрываются в подсознании. Гипноз помогает получить доступ к этим бессознательным ресурсам. Другими словами, когда пациенты обращаются за помощью, они стремятся максимально использовать стратегии борьбы, которые доступны для них на сознательном уровне; гипноз помогает им подключить иные источники силы, которые находятся вне поля их сознания.

Эта модель предполагает очень широкое определение гипноза как средства коммуникации между сознательным и бессознательным; на ее основе возникает ряд техник, в том числе совершенно новых, например, использование метафор и историй, в которых внушение терапевта исподволь побуждает пациентов искать самостоятельные решения в самих себе. Применение этих техник особенно ассоциируется с поздним Милтоном Эриксоном и теми, кто развил его методы. Доклад о метафорических и анекдотичных техниках в терапии представили Лэнктон и Лэнктон (Lankton and Lankton, 1983), а Кирмайер (Kirmaier, 1988) дает обоснованную оценку этого аспекта работы Эриксона. Некоторые ссылки на эти процедуры будут также сделаны в главе 10 настоящей книги, где речь пойдет о работе с детьми.

В клинической практике данный подход оказывается относительно неизученным. Создается впечатление, что он быстро пал жертвой Принципа Хипа, если судить по огромному количеству книг и руководств по тренингу, проданных на пике экстравагантных выступлений в защиту данной формы терапии (Hammond, 1988; Hear, 1988). Кирмайер (Kirmaier, 1985) также сетовал на распространение в США «терапии быстрого питания» после смерти Эриксона в 1980 г. Что касается Великобритании, то, по мнению автора, наибольшее влияние здесь было оказано на частных и не имеющих дипломов медиков, а также на практикующих врачей и дантистов, которые зани-

50

Глава 2

маются психотерапией в частном порядке. Отзывы клинических психологов и психиатров в целом были более здоровыми.

Показания и противопоказания к применению гипноза

Гипноз является относительно щадящей процедурой, и его «опасности», по мнению автора этих строк, были переоценены и смешаны с риском, присущим психологической коррекции вообще, особенно при работе со вспыльчивыми и эмоционально чувствительными пациентами, а также теми, кто подвержен разрушительным или суицидным импульсам. Очень хорошей рекомендацией терапевту будет совет использовать гипноз при лечении лишь тех пациентов, которых он может лечить и без гипноза. Это означает определенное ограничение при использовании гипноза, обусловленное профессиональной подготовкой, специальными знаниями и опытом. Само по себе

владение гипнозом не поднимает специалиста на тот уровень компетентности, необходимый при решении задач, с которыми он до сих пор не сталкивался.

Если принять во внимание эти предосторожности, то останется лишь малое число ситуаций, в которых *никогда* не нужно использовать гипноз (если таковые найдутся вообще) в качестве средства, дополняющего психологическую коррекцию. Как будет отмечено ниже, для некоторых состояний *существует* терапия выбора, в которой гипноз не играет заметной роли, однако в целом многое зависит от знаний и опыта терапевта, а также особенностей пациента и его проблем.

Противопоказания, таким образом, обычно больше связаны с тем, насколько обоснованы усилия и время, затраченные на гипноз, нежели с каким-либо его вредным воздействием. Следовательно, важно учитывать восприимчивость пациента к гипнозу. Но нужно ли подвергать пациентов скринингу с использованием тестов на восприимчивость и отказывать в гипнозе тем, чьи показатели оказываются весьма низкими? Некоторые практики с этим согласятся, но, как было сказано в предыдущей главе, в Великобритании, например, в обычной клинической практике

Значение и применение гипноза в психотерапии

51

не очень широко используются тесты на внушаемость. На самом деле, как я отмечал выше, гипнотические техники могут помочь пациенту совсем иначе, чем предполагается моделью, поэтому они все-таки могут оказаться эффективными применительно к некоторым пациентам, невосприимчивым к гипнозу.

Что касается меня, то я в своей практике редко пользуюсь тестами на восприимчивость к гипнозу и никогда не предлагаю их пациенту, которого привел к мысли о гипнотическом воздействии (в отличие от пациентов, которые сами просят применить к ним гипноз). На деле я часто предлагаю гипноз в неформальной манере, вскользь — возможно, приглашая пациента в какой-то момент сессии закрыть глаза и сконцентрироваться на каком-либо характерном переживании, образе, на ощущении собственного дыхания. Даже в том случае, когда гипноз применяется официально и терапевт подробно разъяснил его характер, смягчил тревогу, исправил неверные представления и так далее, не будет ли весьма прискорбно после того, как большая часть сессионного времени была потрачена на оценку восприимчивости субъекта, объявить последнему, оказавшемуся невосприимчивым, что гипноз не будет применяться вовсе? Это окажет особенно разрушительное действие, если, как это часто бывает, мысль о гипнозе была высказана уже в процессе реализации терапии.

Когда пациенты сами просят, чтобы для решения их проблемы был использован гипноз, я в большей степени склоняюсь к измерению их восприимчивости, хотя обычно приступаю к лечению гипнозом вне зависимости от чувствительности к нему. Удобной для этих целей я считаю «Шкалу творческого воображения» Уилсона и Барбера (Wilson and Barber, 1978). Несмотря на уже сказанное мною, тесты на восприимчивость обеспечивают терапевта полезной информацией о разновидностях суггестии и фантазий, которые пациент считает наиболее эффективными. Иногда можно встретить пациента, который очень верит в гипноз, хотя он безуспешно консультировался уже у многих, практикующих гипнотерапию. Если его последняя попытка снова окажется неэффективной, то причиной тому может быть низкая восприимчивость пациента к гипнозу, и это следует обсудить с ним в конце лечения; может быть пред-

52

Глава 2

ложен альтернативный выход, и пациент прекратит свои поиски неуловимого гипнотизера, способного погрузить его в «глубокий транс».

Когда пациенты требуют именно гипноза, я не считаю это четким показанием к его применению. Некоторые практикующие врачи могут возражать, поскольку обычно пациент берет на себя ответственность за собственное лечение, и это должно быть поддержано терапевтом. В моем опыте, однако, требование гипноза редко базировалось на правильном и полном понимании его сущности и полезности для решения проблемы пациента. Пациент мог просто побывать на выступлении гипнотизера, или прочитать на эту тему роман, или увидеть фильм, где гипноз представлен совершенно неверно. Бывает, что пациент обращается за гипнозом потому, что это единственное средство психологической коррекции, о котором он слышал, и будет весьма удовлетворен, осознав свое заблуждение. Как бы то ни было, терапевты должны понять, что их профессиональная обязанность — применять гипноз лишь после тщательной оценки проблем пациентов. Однако, как я подчеркивал выше, если пациент глубоко убежден, что проблему можно разрешить исключительно средствами гипноза, лучшим выходом будет «испытать

действительность» и обратиться к гипнозу.

Выводы

Были выделены пять основных терапевтических моделей гипноза, каждая из которых дает ряд техник, при лечении большого спектра патологических состояний. Каждая модель считается действенной в ограниченном контексте, однако и сами по себе техники могут быть эффективными, так как пациенты способны конструктивно использовать их способом, непредусмотренным моделью. Все пять моделей различны по своей действенности и эффективности техник, но, в соответствии с Принципом Хипа, им всегда будет присуща тенденция распространяться за пределы спектра полезного применения. Также важно отметить, что врачи, применяющие в лечении гипнотические процедуры, часто используют больше одной, и даже все модели, притом не только в работе с различными па-

■ Значение и применение гипноза в психотерапии 53

циентами, но и в терапии одного и того же больного на разных стадиях лечения. Иногда так происходит даже в пределах отдельной лечебной сессии. Одна из причин такого эклектизма может заключаться в том, что главную роль в развитии гипно-терапевтических методик сыграли практикующие гипноз врачи и дантисты, которые зачастую не придерживаются строго какой-либо терапевтической школы.

Таким образом, мы видим, что спектр возможного применения гипноза в различных системах терапии и к различным заболеваниям широк; тем не менее, следует помнить, что его ограничения по-прежнему сохраняются. Сам по себе гипноз, в отличие от поведенческой терапии, когнитивной терапии и психоанализа, не дает никакого объяснения тому, каким образом были изначально приобретены эмоциональные и психологические расстройства. Как подчеркивалось в начале данной главы, лучше всего считать гипноз дополнением к этим видам лечения, нежели самостоятельным видом терапии. Тем не менее при лечении психосоматических заболеваний, таких как мигрень и астма, а также относительно неосложненных случаев генерализованной тревоги и физической боли, терапия может почти целиком состоять из сессий гипноза, позитивных суггестии, повторения в гипнотическом состоянии процедур, направленных на управление тревогой, и регулярного самогипноза в промежутках между сессиями. В решении других проблем, как будет видно из последующих глав, гипноз может быть лишь малой частью лечебной программы. Возможно, что лишь на немногих сессиях терапевт, в случае проведения аналитической психотерапии или когнитивной терапии, сможет использовать гипноз для возрастной регрессии или другой исследовательской работы. Существуют и другие лечебные программы, в которых гипноз не играет особой роли. Например, программа экспозиционной терапии в случае простой фобии или агорафобии или программа предотвращения ответа для лечения пациента с неврозом навязчивых состояний не станет более эффективной от использования гипнотических процедур. Также гипноз редко применяется в Соединенном Королевстве при лечении больных с психозами и биполярными аффективными расстройствами. Тем не менее для гипноза по-прежнему имеются широкие воз-

54

Глава 2

можности применения, и гипнотические процедуры, производимые осторожно и творчески, являются ценным дополнением к набору средств, имеющихся в распоряжении терапевта.

Список литературы

American Journal of Clinical Hypnosis (1982-1983) Special Issue: Hypnosis and Cancer 25: 2,3.

Barber, T. X. (1969) *Hypnosis: A Scientific Approach*, New York: Van Nostrand.

Degun, M. D. and Degun, G. (1988) The use of hypnotic dream suggestion in psychotherapy, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croorn Helm.

Gibson, H. B. and Heap, M. (1990) *Hypnosis in Therapy*, London: Lawrence Erlbaum.

Hammond, C D. (1988) Will the real Milton Erickson please stand up? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 36:173-181.

Hartland, J. (1971) *Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications*, 2nd edn, London: Bailliere Tindall.

Heap, M. (1984) Four victims, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 2:60-62.

Heap, M. (1985) Ego-strengthening: further considerations, *Proceedings of the Second Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, BSECH.

Heap, M. (1988) Born-again mesmerism? *The Psychologist* 1:261-2.

Heap, M. (1990) Analytical applications of hypnosis. Workshop presented at the *Seventh Annual*

- Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, Sheffield University, March.
- Hilgard, E. R. (1986) *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, 2nd edn. New York: Wiley.
- Hoogduin, C. A. L. and de Jong, P. (1989) Hypnotisability in obsessive compulsives, in D. Waxman, D. Pedersen, I. Wilkie and P. Mellett, *Hypnosis: The Fourth European Congress at Oxford*, London: Whurr Publishers.
- Karle, H. W. A. (1988) Hypnosis in analytic psychotherapy, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Значение и применение гипноза в психотерапии* 55
- Karle, H. W. A. and Boys, J. H. (1987) *Hypnotherapy: A Practical Handbook*, London: Free Association Books.
- Kihstrom, J. F. (1985) Hypnosis, *Annual Review of Psychology* 36: 385-418.
- Kirmayer, L. J. (1985) Healing and the invention of metaphor: Erickson's implicit psychology, Paper presented at the *Tenth Annual Congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, Toronto, August.
- Kirmayer, L.J. (1988) Word magic and the rhetoric of common sense: Erickson's metaphors for mind. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 36:157-172.
- Lankton, S. and Lankton, C. (1983) *The Answer Within: A Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy*, New York: Brunner Mazel.
- Milgram, S. (1963) Behavioural study of obedience, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 67:371 - 378.
- Milgram, S. (1974) *Obedience to Authority*, London: Tavistock.
- Pettinati, H. M., Home, R. L. and Staats. J. M. (1985) Hypnotisability in patients with anorexia and bulimia, *Archives of General Psychiatry* 42: 1014-1016.
- Ross, P.J. (1985) Ego-strengthening: a critical view, *Proceedings of the Second Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, BSECH.
- Spanos, N. P. and Chaves, J. F. (1989) *Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective*, Buffalo, NY: Prometheus.
- Spinhoven, P. (1987) Hypnosis and behaviour therapy: a review, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 35: 8-31.
- Stanton, H. E. (1990) Using ego-enhancement to increase assertiveness, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 7: 133-137.
- Wadden, T. A. and Anderton, C. H. (1982) The clinical use of hypnosis, *Psychological Bulletin* 91: 215-243.
- Waxman, D. (1989) *Hartland's Medical and Dental Hypnosis*, 3rd edn, London: Bailliere Tindall.
- Wilson, S. C and Barber, T. X. (1978) The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: applications to clinical and experimental hypnosis, *American Journal of Clinical Hypnosis* 20: 235-249.

Х. Б. Гибсон

ГИПНОТЕРАПИЯ И ТРЕВОГА

Введение

Гипнотерапия как средство для лечения тревожных состояний имеет в Великобритании длительную историю, однако в начале настоящего столетия она вышла из широкого употребления, хотя и продолжала изредка использоваться некоторыми частными врачами и другими специалистами. В журналах *British Medical Journal* и *The Lancet* выпуска первой половины нашего века можно встретить эпизодические сообщения о гипнотерапии — главным образом, при лечении таких обусловленных тревогой состояний, как психосоматические расстройства. К 1950-м годам гипноз практически не использовался, лишь немногие психиатры, менее ортодоксальные и имевшие преимущественно психоаналитическую ориентацию, сохранили ему верность.

Интересно проследить связь между гипнотерапией и развитием поведенческой терапии, которое началось в Госпитале Модели в Лондоне независимо от Б. Ф. Скиннера в США. На школу Модели очень сильно повлияла ценная книга Вольпе (Wolpe, 1958), в которой было описано, как автор посвящал начальные сессии тренингу физической релаксации пациентов с последующим гипнозом, а его техника десенсибилизации адресовалась пациенту, который пребывал в состоянии «гипно-

Гипнотерапия и тревога

57

тического транса». Он писал: «Пациентам, неспособным расслабляться, этот метод не поможет. У тех, кто не может или не хочет быть загипнотизирован, но способен расслабиться, прогресс возможен, хотя, очевидно, более медленный, чем в случае гипноза» (Wolpe, 1958, p. 141).

Когда Айзенк с коллегами взяли на вооружение методы Вольпе и применили их в Госпитале Модели, вопрос гипноза был тихо закрыт. Айзенк и Рахман отчасти это подтверждают, ссылаясь на некую работу Ланга и Лазовика из США, по мнению которых гипноз ничего не прибавил к методу погашения тревоги посредством систематичной десенсибилизации. Но у терапевтов, которые занимались созданием нового типа терапии, основанной на научных принципах, в то время существовали политические причины воздерживаться от гипноза в противовес интуитивным методикам психодинамического движения, которое стало ассоциироваться с практикой гипнотерапии. Следует помнить, что до того момента в Великобритании было сделано очень мало попыток научно исследовать феномены гипноза, хотя сам Айзенк провел некоторые эксперименты на данную тему и опубликовал несколько оригинальных статей. Именно он откликнулся на рекомендации доклада «Медицинское применение гипнотизма», сделанного Британской медицинской ассоциацией в 1955 г., открыв на своей кафедре отделение для исследования гипноза.

Позднее Рахман (Rachman, 1968) критиковал положение Вольпе, согласно которому мышечное расслабление по необходимости несовместимо с тревогой. Рахман подчеркнул, что, несмотря на согласие многих специалистов с большей эффективностью лечения тревоги при его сочетании с предварительной физической релаксацией, дело не так просто, как кажется. Другие клиницисты обнаружили лишь небольшое совпадение степени мышечного расслабления, зафиксированной аппаратным способом, с сообщениями самих пациентов о чувстве душевного покоя, которое они испытывали. В соответствии с этими открытиями Рахман выступил с утверждением, что в терапии важна не *физическая*, а *душевная* релаксация — то есть, другими словами, насколько спокойно чувствует себя пациент. Разумно предположить, что только в том случае, когда мы инду-

58

Глава 3

пировали гипноз как тем, что научили пациента полностью расслабляться, так и использованием образов, подходящих ему индивидуально, достигается подлинное и необходимое изменение состояния сознания, исключаящее тревогу. Мышечное расслабление является средством введения в гипноз, но не конечной целью.

Вольпе пользовался гипнотической техникой Льюиса Воль-берга, и его ранний успех был, вероятно, во многом обусловлен применением гипноза, что не было оценено по достоинству специалистами. То, что впоследствии терапевты, стремившиеся продолжать исследования Вольпе, не сочли гипноз особенно полезным, может быть объяснено несовершенством гипнотических методик, которыми они пользовались, а также степенью восприимчивости их пациентов к гипнозу. Сообщения о применении гипноза, сделанные без подробного описания конкретных действий и оценки уровня восприимчивости к нему пациентов, значительно затрудняют достойную оценку исследования. Во многих трудах по гипнозу, особенно в тех, что были опубликованы чистыми экспериментаторами, присутствует поспешное утверждение, будто мы, в стандартной форме повторяя гипнотическую индукцию, которая часто зачитывается по книге или записана на ленту, подобными действиями «гипнотизируем» человека.

Что такое тревога?

Многие авторы, придерживающиеся той или иной разновидности терапии, говорят о тревоге, не уточняя, что они подразумевают под этим словом. Их предположение, похоже, гласит, что «каждый знает, что такое тревога», но с этим ни в коем случае нельзя согласиться. Инглиш и Инглиш предлагают в своем психологическом словаре шесть значений данного слова и замечают, что в Великобритании существует отдельное значение. Они предупреждают, что «Тревога должна пониматься с четким осознанием смысла, которое вкладывает в это слово автор, или, как нередко бывает, нескольких смыслов» (English and English, 1958, p. 35). Следовательно, при обсуждении практики гипнотерапии применительно к тревоге необходимо прежде всего определить значение этого слова.

Гипнотерапия и тревога

59

Более двадцати лет тому назад Обри Льюис обсуждал неоднозначность понятия «тревога», и в настоящей главе я пытаюсь раскрыть тот смысл, который вкладывали в него британские коллеги и ученики Льюиса, психологи и психиатры такие, как Айзенк, Грей, Лэдер, Маркс, Мэтьюз и

Рахман, внесшие особенный вклад в его изучение. Тревога является, по существу, приобретенной и упреждающей реакцией в отличие от страха, который носит, в некотором смысле, врожденный характер и может вызываться каким-то конкретным раздражителем. Страх предполагает ответ на некую непосредственную и часто видимую угрозу (рычащая собака), тогда как тревога относится к предугадыванию некоего будущего события, которое, по всей вероятности, оказывается менее четко определенным, («внутренние бюджетные поступления» могут пополниться за счет какого-либо сокрытого источника дохода). Тревогу можно с пользой для дела представить в виде трех основных компонентов: субъективно-когнитивного, моторно-бихевиорального и физиологического. В большинстве случаев клинически развернутой тревоги представлены все три составляющие сразу, однако в некоторых клинических ситуациях, в которых тревога играет значимую роль, в симптомах представлены лишь один или два компонента. Лэдер и Маркс (Lader and Marks, 1971) составили на эту тему весьма полезный конспект, который представлен в табл. 3.1.

Таблица 3.1 Основные возможные паттерны тревожных реакций

Компонент	1	2	3	4	5	6	7
Субъективно-когнитивный	+	+	+	-	-	-	+
Моторно-бихевиоральный	+	+	-	+	-	+	-
Физиологический	+	-	-	+	+	-	+

+ указывает, что компонент обнаруживает ответ, соответствующий тревоге - указывает, что компонент не обнаруживает ответ, соответствующий тревоге

Данные таблицы показывают, что семь различных комбинаций трех компонентов характеризуют «тревогу» во многих ее проявлениях как в условиях клиники, так и в нормальной жизни-

60

Глава 3

ни. Например, большинство разновидностей психосоматических расстройств влечет за собой паттерны, аналогичные 1,4,5 и 7, а лица с паттернами 4 и 5 будут, вероятно, отрицать свою тревогу. Паттерн 6 соответствует истерической моторной конверсии, при которой имеется фактический паралич, поддерживаемый тревогой, однако пациент демонстрирует прекраснородушное безразличие.

Гипнотерапевтические подходы: общие принципы лечения тревоги

Я придерживаюсь того мнения, что гипноз не является лечением сам по себе, однако при правильном применении становится весьма полезным инструментом для улучшения программ, разработанных в соответствии с каким-либо хорошо понятным принципом. Гипноз, таким образом, может сочетаться с лекарствами, применяться в программе антенатального тренинга и родовспоможения, при переобучении людей с речевыми расстройствами, в лечении лиц со стоматологическими фобиями, в восстановительном лечении детей со спастическими параличами и при психологической коррекции у пациентов с тревожными состояниями и фобиями. Шесть приведенных примеров, выбранных произвольно, показывают, как может быть использован гипноз представителями различных специальностей. Следовательно, несмотря на то, что термин «гипнотерапия» является полезным, широко распространенным и будет использован в данной главе, не существует терапии, которая была бы просто «гипнотерапией», и также нет официальной специальности «гипнотерапевт», хотя многие лица, не имеющие диплома, присваивают себе это имя и пытаются таким образом заработать себе на жизнь. Этот вопрос исчерпывающе освещен Гибсоном и Хипом (Gibson and Hear, 1990).

В настоящей главе мы рассмотрим применение гипноза в лечении тревоги, предпринимаемом с позиций психологов, врачей и других специалистов в сфере здравоохранения. В Великобритании на протяжении последних тридцати лет именно этими

Гипнотерапия и тревога

61

работниками медленно, но верно расширялось использование гипноза.

В последние годы термин «когнитивная терапия» стал модным, и часто звучит вопрос: «Является ли гипнотерапия формой когнитивной терапии?» На мой взгляд, нет. Причина, по которой некоторые люди рассматривают гипнотерапию как форму когнитивной терапии, заключается в том факте, что пациенты, пройдя курс подобного лечения, несколько иначе судят о себе и мире в целом, а также, вероятно, изменяют свои взгляды на некоторые вещи. Создается впечатление, будто высоко разумные аргументы терапевта «заставили» их думать иным образом. Разумеется,

нет ничего плохого в том, чтобы с помощью рационального довода попытаться заставить пациентов отказаться от иррациональных убеждений насчет самих себя и своего окружения. Здесь можно, однако, возразить, как это делает Маркс (Marks, 1987), что нарушенное мышление, которое ассоциируется с тревожными состояниями, не обязательно возникает из-за неправильности когнитивных процессов. Женщина, которая боится мотыльков и бабочек, на деле не считает их «опасными, уродливыми и грязными», хотя она может сказать, что они ей *кажутся* такими. Ее тревога, связанная с ними, проистекает из процессов, лежащих вне сферы познания, а именно — процессов эмоционального порядка.

Гипноз обретает силу лишь применительно к части мозга, представленной гипоталамусом и лимбической системой, а не корой! Исаак Маркс (Marks, 1987) утверждает, что несмотря на то, что поведенческая терапия затрагивает непосредственно эмоции пациента и не пытается умышленно перестраивать когнитивную сферу, пациент по окончании лечения будет иначе думать о вещах, имевших отношение к невротическому расстройству. Некоторые люди стараются поставить телегу впереди лошади и считают, что изменения были вызваны средствами когниции. Маркс утверждает: «Мы должны отличать второстепенные когниции от когниции, стимулирующих действие». Он приводит постгипнотическую суггестию как пример неосознанного действия с последующим правдоподобным, но ошибочным его объяснением. Драйден проводит следующее

62

Глава 3

разграничение различных точек зрения, которых придерживаются терапевты:

Когнитивно-аффективное. Когнитивные теории представляют собой так называемые теории эго, которые рассматривают человека как сущностно разумную личность, чьи эмоции подчинены интеллекту. Напротив, аффективные теории понимают человека как опирающегося на эмоции, на службе у которых состоит интеллект.

(Dry den, 1984, p. 296)

Гипнотерапия определенно базируется на последнем предположении. Уникальной в ней является умышленная попытка терапевта заставить пациента отбросить привычное рациональное мышление и перейти в не критичное, сноподобное состояние сознания, в котором преобладают фантазии и воображение. В подобном состоянии можно контролировать уровень тревоги и побуждать пациентов спокойно размышлять на темы, которые в обычных условиях оказываются слишком травмирующими, чтобы смотреть им в лицо. Лишь после этого можно будет произвести переоценку установок. Это может оказаться медленным процессом, и пациентов обычно учат прибегать к самогипнозу в домашних условиях, а также, поскольку в нынешние дни так распространены кассетные магнитофоны, можно проводить ежедневные домашние сессии, где записанный голос терапевта заменит его личное присутствие.

В главе, посвященной контролю над тревогой, Энтони Хамфрис (Humphreys, 1988) приходит во многом к такому же разделению на три составляющие, как и Лэдер и Маркс (Lader and Marks, 1971), чья позиция освещалась выше, и делает вывод, что в самом начале лечения терапевт должен работать с непосредственной проблемой, порождающей в высшей степени неприятные соматические симптомы и тем весьма затрудняющей обретение пациентом контроля над его расстройствами. Это имеет смысл не всегда — как, например, при разновидностях тревоги, стоящих в табл. 3.1 под номерами 2, 3 и 6, но в целом является верным, и Хамфрис пишет:

Более серьезным фактором, мешающим пациентам умерить свой страх, оказываются соматические проявления (компо-

Гипнотерапия и тревога

63

нент 3). Клиентов ужасает, что эти проблемы возникнут вновь и вновь, что друзья, коллеги это заметят, и тогда они (клиенты) потеряют контроль. Такие тяжелые соматические проявления тревоги должны быть взяты под контроль с помощью мер, направленных непосредственно на травмирующие переживания. Следовательно, одним из начальных применений гипноза в работе с тревожными субъектами будет использование его для обучения клиента глубокой релаксации с прицелом на самостоятельный контроль над травмирующими соматическими проявлениями.

(Humphreys, 1988, p. 109)

Я не согласен с тем, что дело тут исключительно в физической релаксации, так как с помощью гипноза и повторных постгипнотических суггестии можно обучить тревожных пациентов контролю над тревогой и ее травмирующими соматическими проявлениями в ситуациях, когда они физически активны и ни в коей мере не пребывают в состоянии глубокой расслабленности,

как это бывает с людьми, страдающими агорафобией, которые, совершая покупки, вынуждены обуздывать свою тревогу. Мы снова должны сослаться на критику Рахманом утверждения Вольпе, будто мышечная релаксация неизбежно исключает тревогу.

В гипнотерапии мы стараемся не только снизить уровень текущей тревоги. При дальнейшем лечении, может быть, потребуется умышленное провоцирование тревоги определенного уровня, чтобы пациент поупражнялся в преодолении травмирующих ситуаций сначала в воображении, а потом, если возможно, в реальной жизни — например, при совместной поездке по шоссе в процессе лечения фобии, вызванной вождением автомобиля.

Другим примером конструктивного лечебного применения гипноза в ситуациях, подразумевающих тревогу, является умышленное вызывание абреакции. Обычно это случается, когда пациенты затрудняются выразить свои эмоции или признаться самим себе, что чувствуют одновременно и тревогу, и гнев. Чувство вины может сделать их неспособными выразить свой гнев в адрес определенных организаций и людей, однако до того, как приступить к решению их проблем, может возникнуть необходимость выразить этот гнев с последующим

64

Глава 3

переживанием тревоги. Опять же, еще со времен Аристотеля было известно, что нужно «провести свою душу сквозь горе и ужас», и это представлялось ему одной из задач греческих трагедий. Время от времени эта мысль находила себе применение в терапии — например, при «кризисах», спровоцированных в салоне Месмера, при абреакциях у пациентов Брейера и Фрейда, в процессе абреактивного лечения солдат, страдающих боевыми неврозами, при «погружении» во время поведенческой терапии, а также в технике индуцирования тревоги, впервые примененной Сиппрелле и позже преображенной Мейхенбаумом (Meichenbaum, 1977) в технику «прививания стресса», когда пациента обучают примирению с тревогой и обузданию ее.

Некоторые терапевты практикуют гипнотерапию для выявления тревожных событий, которые вызвали, или подозреваются в том, что вызвали, травму, активно влияющую на текущее расстройство. Обычно здесь используется возрастная регрессия пациента к периоду, когда предположительно развивались эти события. Этот метод применяется врачами, практикующими «аналитическую психотерапию» (см. главу 2) и поднимающими в высшей степени спорные вопросы. Критики указывали на опасность серьезного восприятия терапевтами ложных воспоминаний пациентов о событиях, которых никогда не было, что может достаточно легко случиться при гипнозе, а также создания собственных теорий насчет текущих проблем пациента, которые если и принимаются пациентом, позднее расцениваются как достигнутый «инсайт». Современные психотерапевты-аналитики, такие как Хелльмут Карле (Karle, 1988), знакомы со всеми критическими высказываниями в адрес практики подобного рода и, по меньшей мере, признают, что «раскрытие само по себе не есть лечение», и то, что явственно вспоминает пациент, может оказаться продуктом фантазии. Однако, несмотря на этот реверанс в сторону критиков, самим использованием слова «раскрытие» они подразумевают, что нечто, что должно было быть «раскрыто», действительно существовало, а не было совместным творчеством терапевта и пациента. Более осторожным и менее спорным применением возрастной регрессии в гипнозе является техника «аффективного мостика», описанная Уоткинсом (Watkins,

65

1971) и обсужденная Гибсоном и Хипом (глава 6). Эта техника позволяет терапевту изучить обстоятельства, как прошлые, так и настоящие, которые ассоциируются с тревожным переживанием пациента, и сделать так, чтобы это не было простой попыткой последнего дать описательную характеристику его проблем.

В этом разделе главы я коснулся общих принципов гипно-терапевтического лечения тревоги, имеющей яркие клинические проявления. Однако тревога чрезвычайно распространена в обычной жизни и, в некотором роде, является для человека нормой. Некоторый уровень оправданного беспокойства необходим, чтобы люди соблюдали правила безопасности при управлении транспортом, эффективно готовились к экзаменам, добивались успехов в спорте и напрягали свои способности во многих других областях человеческой деятельности. Проблемы возникают, когда уровень тревоги становится слишком высоким и скорее мешает, чем помогает действовать правильно. Ниже я коснусь того, как могут гипнотические техники для контроля над тревогой максимально помочь в ситуациях, которые не относятся к сфере психопатологии, но где принципы применения техник оказываются теми же.

Специальное применение

1. Гипнотерапия при тревоге, вызванной психологическими проблемами

Деление проблем на психологические и психосоматические является довольно искусственным, но такова традиция, веками разделявшая тело и сознание, в рамках которой мы все выросли. Тревожные переживания сопутствуют возникновению и поддержанию большинства, если не всех, невротических проблем — таких как тревожные состояния и специфические фобии, вредные привычки, бессонница, чувство собственной неполноценности, сексуальные проблемы и неврозы навязчивых состояний. Имеющееся расстройство часто является механизмом, который пациент разработал для защиты от тревоги, как это видно в случае невроза навязчивых состояний и слож-

66

Глава 3

ной системы уклонений, которой придерживается страдающий фобией пациент, чтобы не сталкиваться с возбуждающими тревогу ситуациями. Состояния «свободно плавающей тревоги» более трудны для понимания и ведут к понятию «тревоги из-за тревоги».

Тревожная депрессия

Можно возразить, что большой класс невротических расстройств, депрессии не всегда обнаруживает симптомы тревоги, хотя во многих случаях они и отмечаются. Это верно, и здесь мы вступаем в спорную область дебатов по поводу того, в какой степени различные типы депрессии вызываются биохимическими факторами. Некоторые терапевты настаивают на том, что депрессивные расстройства нельзя лечить гипнотерапией, тогда как другие утверждают, будто успешно ее используют; по всей вероятности, применение ее наиболее полезно при состояниях, известных как тревожная депрессия (см. главу 4).

В целом депрессивные состояния, носящие отчетливо эндогенный характер — то есть те, причиной которых считаются преимущественно отдельные биохимические нарушения, не подлежат чисто психологической коррекции, и потому гипноз в их случае неблагоприятен. Однако в случае реактивной депрессии задачей терапевта часто становится фокусирование на состоянии тревоги, вызвавшем эту депрессию. Депрессия зачастую является наиболее явным симптомом расстройства, в основе ее нередко лежит состояние генерализованной тревоги агорафобического порядка. Лечение может с успехом включать в себя гипнотическую суггестию, чтобы способствовать эго-усилению согласно модели Хартланда (Hartland, 1971), изменить восприятие пациентом его ситуации, избавиться от неприятных сопутствующих симптомов вроде бессонницы и выполнять программы поведенческой терапии с использованием индивидуального подхода. С когнитивной стороны, гипноз может быть применен для помощи пациентам реалистически подходить к вопросам, которые те избегают обдумывать из-за их травмирующего воздействия (см. главу 4).

гипнотерапия и тревога

67

Эммелькамп и Куиперс работали с группой депрессивных пациентов, фокусируясь на изменениях их агорафобической тревоги. Они писали: «Снижение депрессии как *результат* поведенческой терапии фобий заслуживает особого внимания в свете часто отмечаемой связи между ними» (Emmelkamp and Kuipers, 1979, p. 354).

Фобические расстройства

Как обсуждалось выше, помимо фобических состояний неопределенного и агорафобического характера, терапевты часто сталкиваются с высокодифференцированными фобиями, которые могут присутствовать в жизни людей, противном случае они подверглись бы обоснованному осуждению. Терапевты различной теоретической ориентации используют, естественно, различные методы лечения психологических расстройств, однако всем им приходится заниматься контролем над тревогой в ее разнообразных проявлениях. Работа Воль-пе в связи с его оригинальным определением поведенческой терапии уже обсуждалась, и важно, чтобы начинающие терапевты-бихевиористы занимались преимущественно теми состояниями, в которых основную роль сыграла фобическая тревога. В лечении фобических расстройств гипнотерапия играет очевидную роль, и Лазарус (Lazarus, 1973) описал различные способы, которыми можно объединить ее с поведенческой терапией. Излишне повторять здесь подробности раннего, но очень точного обзора Лазаруса. Эта тема была существенно развита в 1970-х и 1980-х годах, и Кларк и Джексон (Clarke and Jackson, 1983) посвятили солидный труд лечению тревоги и фобий не *гипнозом*, а с помощью гипнотических техник для улучшения процессов, которые традиционно понимаются как поведенческая терапия; часто это связано с более современным стремлением привлечь к делу и когнитивные процессы.

Вредные привычки

Они включают алкоголизм, наркоманию, табакокурение и переедание. Вопреки широкому мнению, гипнотерапия не особенно эффективна при изменении таких привычек, если она

68

Глава 3

применяется с целью непосредственного устранения симптома (см. главу 5). Общеизвестно, что подобные привычки приобретаются разными людьми по-разному, но все они способствуют снижению тревоги, которая развивается при отсутствии привычной «палочки-выручалочки». Лечение, которое должно быть обязательно индивидуальным, сосредоточивается на изменении стиля жизни пациентов и помогает им иными средствами справляться с ситуациями, провоцирующими тревогу; в этом гипнотерапия может быть полезным дополнением в противовес прямой суггестии, имеющей целью поломать привычку.

Бессонница

Она является одним из самых распространенных последствий дневной тревоги. В дневное время пациент парадоксальным образом может не сознавать в себе особой тревоги, но когда все волнения дня уже остаются позади, он оказывается захваченным тревожными размышлениями, которые либо препятствуют нормальному засыпанию, либо будят его ранним утром. Лечение бессонницы посвящена обширная литература, и один из способов заключается в обучении пациента самогипнозу и снабжении его аудиозаписью, в конце которой индуцируется естественный сон. Необходимо, однако, отметить сомнительную ценность подобных коммерческих записей, поскольку то, что подходит одному пациенту, не подходит другому. Каждая запись должна учитывать индивидуальные потребности пациента и вызывать мысленные образы, подходящие конкретно ему.

Многие люди считают, что им следует спать гораздо больше, чем это требуется на самом деле, а индивидуальные различия в потребности во сне весьма велики. Это нужно объяснять пациентам, поскольку они могут напрасно беспокоиться из-за того, что их естественная потребность во сне значительно ниже, чем у большинства людей. Беспокойство по поводу сна замкнет, разумеется, порочный круг бессонницы. Идиопатическая бессонница лечится достаточно просто с помощью обучения пациента самогипнозу в сочетании, как описывалось выше, с аудиозаписью, подготовленной по индивидуальным

69

параметрам. Однако бессонница может быть симптомом более серьезных невротических или психотических расстройств. Если бессонница не проходит после нескольких недель лечения, которое в дополнение к самогипнозу может включать в себя все обычные процедуры поведенческой терапии (см. Bootzin and Nicassio 1976), то показана более тщательная диагностика ее причин.

Чувство неполноценности

Чувство собственной неполноценности является целиком и полностью субъективным, и оно способно жестоко калечить жизни людей, хотя они могут и не восприниматься окружающими как неполноценные. Считается, что подобный отрицательный взгляд на себя может развиваться у этих людей в случае повторных травмирующих событий, провоцирующих тревогу при межличностном общении. Весьма полезной считается (см. главу 2) так называемая процедура «эго-усиления» в гипнозе, разработанная Хартландом (Hartland, 1971). Она заключается во внушении гипнотизируемому пациенту мысли, что будущее будет светлее и что он восстановит чувство уверенности в себе, здоровье и энергию; суггестия также предполагает значительную переоценку себя, подкрепленную авторитетным мнением терапевта насчет истинности новой самооценки. Поскольку существующее у пациента представление о себе в подобном состоянии оказывается неправдоподобно жалким, терапевт не должен отклоняться от реальности, создавая намного более позитивный имидж. Подтверждение должно даваться неоднократно и убежденно, а сам процесс должен преподноситься как восстановление утраченного, в сочетании с повторными поощрениями в противовес действию всех вредоносных событий прошлого. Эти действия, в совокупности с другими терапевтическими мероприятиями типа тренинга уверенности в себе, направлены на устранение тревоги, которая настолько затруднила общение субъекта в социуме.

Здесь не может быть дано никакой простой схемы коррективной программы. Каждый случай уникален, и терапевт должен браться за решение существующих индивидуальных проблем. Для того чтобы разобраться, какие тревожные паттерны

70

Глава 3

повлекли развитие чувства неполноценности у конкретного индивида, читатель может обратиться к вариантам тревожных состояний, представленным Лэдером и Марксом в табл. 3.1.

Сексуальные проблемы

Все терапевты, изучавшие и лечившие функциональные сексуальные расстройства, согласны с тем, что главным препятствием для нормальной половой жизни является обычная тревога. Сексуальная активность полностью зависит от согласованной работы вегетативной нервной системы, чему абсолютно противопоказано состояние тревоги. Лечение сексуальных расстройств обычно предполагает программу инструктирования по соответствующим физиологическим и анатомическим вопросам, но успех терапии зависит от перенастройки реакций пациента так, чтобы сексуальные раздражители нормальным образом возбуждали приятные эротические ощущения и больше не вызывали тревоги. Там, где использовалась такая перенастройка, гипноз доказал свою высокую эффективность, и в Великобритании Прем Мисра (Misra, 1985) разработал несколько ценных программ соответствующего гипнотерапевтического лечения (см. главу 7).

Тем не менее о применении гипнотических техник в лечении сексуальных расстройств в Соединенном Королевстве написано немного, и нам следует обратиться к американской литературе, которая уделяла больше внимания этой проблеме (напр., Arazo, 1982). В большинстве недавних британских публикаций, рассматривающих лечение сексуальных нарушений (Cole and Dryden, 1988), гипнотерапия не упоминается, однако склонный к нововведениям терапевт смог бы, подойдя к гипнозу творчески, приспособить к нему некоторые описанные техники.

Невроз навязчивых состояний

Это состояние, при котором приходится совершать определенные умственные и поведенческие ритуалы, чтобы предотвратить развитие тревоги; в самых тяжелых случаях наблюдается генерализованное невротическое расстройство, которое может полностью изуродовать личность. Все, что мы знаем о

Гипнотерапия и тревога

71

его связи с восприимчивостью к гипнозу, указывает, что личность, подверженная обсессивному неврозу, в целом оказывается в высшей степени невосприимчивой. Гудвин и де Йонг (Hoogduin and de Jong, 1989) недавно сообщили о показателях гипнабельности, которые оказались намного ниже средних при обследовании 94 пациентов с неврозом навязчивых состояний.

Учитывая это серьезное предупреждение, необходимо помнить, что существуют навязчивые расстройства, которые расцениваются некоторыми людьми как «одержимость», поскольку больные пребывают во власти какого-либо иррационального поведения. Таким образом, Снэйт (Snaith, 1981) относит к обсессивным неврозам сексуальный эксгибиционизм и описывает, как лечит его посредством разновидности поведенческой терапии в сочетании с гипнотически индуцированным фантазированием, называя это «тренингом контроля над тревогой». Он, однако, признает, что эта терапия может быть успешной при отсутствии «иной серьезной психопатологии». Это обстоятельство, конечно, ограничивает ее применение и приводит к мысли, что в большинстве случаев обсессивного невроза гипнотерапия противопоказана. Грамотное клиническое применение гипноза предполагает знание ситуаций, в которых не следует его практиковать. Достаточно квалифицированный специалист, сможет применить свои навыки и без гипноза, а упорство в гипнотизировании невосприимчивых пациентов является напрасной тратой времени и сил.

2. Психосоматические расстройства

В известной степени этот раздел неизбежно пересекается с главой 8, посвященной медицинскому гипнозу. Некоторые подобные состояния рассматриваются в настоящей главе, чтобы выявить, в какой степени тревога влияет на их этиологию и течение, и показать, как можно их облегчить, снижая уровень тревоги с помощью гипнотических техник. Существуют Два подхода к гипнотерапевтическому лечению психосоматических расстройств: использование суггестии, затрагивающих функцию органа или участок тела, вовлеченный в патологический процесс, и суггестии в сочетании с программами поведен-

72

Глава 3

ческой коррекции, которые понизят общий уровень тревожности пациента.

Желудочно-кишечные расстройства

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 функции, вызывая, например, при внезапном испуге тошноту или диарею, или же, при более продолжительном тревожном состоянии, влечет за собой нарушение физиологических функций, а иногда вызывает органические изменения. Поскольку здесь вовлеченными оказываются эмоциональные факторы, для включения в курс терапии идеально подходят различные психологические техники, в том числе и гипнотерапия. Из многочисленных желудочно-кишечных расстройств, в этиологии и течении которых играет свою роль тревога, будут вкратце рассмотрены два, синдром раздраженной толстой кишки (СРК) и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Более подробно они рассматриваются в главе 8.

СРК обычно включает в себя не только физическое расстройство, но и определенный уровень распространенной тревоги, а иногда — депрессии. Как правило, он лечится диетологически и медикаментозно, но процент излеченных, согласно катамнезу год спустя, невысок; Голдсворт и ДюКанн (Holdsworth and DuCann, 1986) указывают лишь на цифру 20%. Исследование Уорвелла и др. (Whorwell et al., 1984), описанное в главе 8, демонстрирует как использование прямых суггестии, затрагивающих пораженные органы, так и программу гипнотерапии, направленную на снижение уровня общей тревожности пациентов. Пациенты из контрольной группы, получавшие плацебо, также подвергались гипнотерапии, во время которой анализировались симптомы и рассматривались эмоциональные проблемы наряду с психотравмирующими событиями жизни, однако эти действия не привели к улучшению в той же степени. Это указывает на важность лечения *органоспецифической* тревоги, для чего гипноз подходит как нельзя лучше.

криотерапия и тревога

73^

Было опубликовано несколько небольших работ, сообщавших о положительном эффекте гипнотерапии при лечении пептических язв. Колган и др. (Colgan et al., 1988) произвели контрольное исследование и, применяя гипнотерапию к достаточно большому числу пациентов, обнаружили, что через год после лечения у 53% больных из гипнотерапевтической группы развился рецидив — против 100% рецидива в группе, не подвергавшейся гипнозу (см. главу 8).

Очевидно, что успешное лечение двух вышеупомянутых состояний заключается не в одном лишь снижении генерализованной тревоги. Ни одно из этих состояний не вызывается и не поддерживается только тревогой: оба они появляются в результате многих причин. Однако при всех состояниях, в которых участвует тревога, формируется порочный круг: тревога запускает патологический процесс, а расстройство по нарастающей делает больного хронически тревожным. Можно предположить, что роль гипнотерапии оказывается двойственной: она помогает и снизить уровень тревоги в целом, способствуя естественному процессу исцеления, и выступить против *органо-специфической* тревоги, восстанавливая контроль пациента над перистальтикой кишечника или снижением желудочной секреции.

Астма

Это расстройство рассматривается в главе 8. Рассматривая гипнотерапию в качестве средства лечения астмы, мы можем задаться вопросом: из чего конкретно состоит данный «гипноз»? Должны ли даваться прямые суггестии, затрагивающие восприятие пациентом соматических симптомов, или суггестивная терапия должна быть направлена на снижение тревоги, которая поддерживает расстройство? Некоторых может удивить тот факт, что Уилкинсон специально предостерегает от использования суггестии для непосредственного устранения этого симптома. Конкретные процедуры подробно представлены в указанной главе; главной задачей гипнотерапии при работе с астматиками является снижение их общего уровня тревожности и формирование уверенности в себе с помощью эго-усиливающих суггестии.

74

Глава 3

Кожные заболевания

Существует много разновидностей кожных заболеваний, и в целом признается, что в их этиологии, течении и терапии часто играют роль психологические факторы. К расстройствам, в лечении которых полезно применить гипноз, Роули (Rowley, 1986) причисляет экзему, псориаз, акне, зуд, герпес и бородавки. Он утверждает, что они «часто проявляются и обостряются из-за таких психологических состояний, как, например, тревога». Было опубликовано несколько хороших обзорных статей, посвященных гипнотерапевтическому лечению того или иного вида кожных заболеваний (см. Gibson and Hear, 1990). В этих работах предполагается, что причина успеха гипнотерапии в смягчении течения и лечении кожных заболеваний — это ее влияние на снижение тревожного статуса пациента и, как и в случае желудочно-кишечных расстройств, уменьшение *органо-специфической* тревоги. Это противоречит мнению, согласно которому

течение кожных заболеваний улучшается лишь с помощью прямой суггестии под гипнозом или в бодрствующем состоянии, так как пациенты способны улучшить свою кожу силой собственной мысли. В настоящее время есть много свидетельств того, что подобные заболевания возникают частично из-за снижения иммунного статуса организма, при этом тревога играет свою роль в снижении эффективности иммунной системы (Бунни, Bunney, 1982). Только в последние годы, благодаря новым открытиям в области иммунологии, совершенным при посредстве трансплантационной хирургии, значение иммунной системы в поддержании здоровья кожи было оценено по достоинству.

Я частично согласен с мнением Бауэрса и Келли о том, что способность гипнотерапии к снижению тревоги является главным фактором успеха в лечении кожных заболеваний. Например, они пишут: Целительный аспект коммуникаций, являющихся суггестиями, может варьировать в смысле своей специфичности. Создается, например, впечатление, что простая суггестия релаксации и вхождения в гипноз оказывает неспецифический эффект снижения концентрации циркулирующих кортикостероидов... Как мы

Гипнотерапия и тревога _____ 75

видели, кортикостероиды отрицательно влияют на способность иммунной системы защищать организм от различных чужеродных агентов. Таким образом, гипнотическая релаксация способна повысить сопротивление организма заболеванию.

(Bowers and Kelly, 1979, p. 495)

Я хотел бы подчеркнуть, что эти наблюдения не должны восприниматься как подтверждение мысли, иногда высказываемой бездипломными гипнотерапевтами, что, независимо от характера заболевания пациентов, их достаточно загипнотизировать, внушить им желание поправиться — и все будет в порядке. Мнение, выраженное в настоящей главе, таково, что если врач начинает лечить пациента, то стремится сформировать в нем общее чувство самоуважения и самоконтроля, а также перебороть его тревогу — иногда с помощью «эго-усиливающих суггестий», касающихся вышеперечисленного. Этот аспект терапии не всегда оказывается достаточно хорошо описанным в клинических отчетах, которые фокусируются на конкретном рассматриваемом расстройстве, вроде бородавок.

Гипнотерапия при кожных бородавках будет обсуждаться в качестве примера лечения кожного заболевания, и акцент, сделанный здесь, в значительной степени отличается от того, который делает на суггестии Уилкинсон (см. главу 8). В обсуждении гипнотерапии при бородавках не предполагается широкого применения этого относительно длительного способа лечения. Однако в некоторых случаях бородавки проявляют удивительную устойчивость к более привычным формам терапии, и гипнотерапия остается единственным возможным средством, о котором следует помнить. Сообщения о лечении бородавок психологическими методами могут быть подразделены на те, где речь идет о «заговорах» или пробуждении внушаемости, и те, что касаются лечения гипнозом. Хороший обзор как тех, так и других средств дан Бунни (Bunney, 1982). Несмотря на твердое убеждение обывателей и многих профессионалов в том, что бородавки можно «заговорить», доказательств этому чрезвычайно мало.

Здесь следует сказать несколько слов о «спонтанной ремиссии» в медицине и психологии. Она не означает, что лечение

76

Глава 3

предпринималось напрасно, мы просто не знаем ее причины. Рахман пишет:

Мы можем отказаться от простодушных мнений, согласно которым «спонтанный» означает «беспричинный». В предыдущих публикациях было показано, что невротические расстройства улучшаются не просто с течением времени... Такие события, как продвижение по службе, финансовый успех, счастливая любовь могут оказывать лечебное воздействие, но — возможно, к сожалению — их нельзя считать формами психологической коррекции.

(Rachman, 1973, p. 813)

Любопытно отметить, что две трети малых форм тревоги, оставленных без лечения, исчезают примерно через два года (Rachman, 1973), и тот же срок с достоверностью установлен для «спонтанной ремиссии» бородавок.

В одном из ранних наблюдений за лечением бородавок с помощью гипнотерапии была выявлена его относительно высокая эффективность в тех случаях, когда пациенты были хорошо гипнабельны, при низкой же восприимчивости их к гипнозу отмечалось сравнительно слабое улучшение. Это открытие в целом подтверждается разнообразными исследованиями, обзор

которых произвели Уодден и Андертон (Wadden and Anderton, 1982). К сожалению, многие клиницисты считают излишним оценивать степень восприимчивости их пациентов к гипнозу и продолжают безуспешные попытки загипнотизировать тех, на кого это действует весьма слабо. Все перечисленное привело к путанице в этой области. В лечении кожных болезней фактор разной чувствительности к гипнозу является со всей очевидностью важным, но он все же не отвечает на вопрос, улучшают ли состояние кожи специфические суггестии или более важны суггестии общего характера, снижающие тревожность пациента.

До недавнего времени клиницисты весьма плохо понимали механизм воздействия лечения на бородавки и другие кожные болезни. Например, влияние гипнотической суггестии на кровоток и периферическую вазодилатацию хорошо подтверждено документально (Dubin and Shapiro, 1974), так что многие терапевты решили, что при гипнозе они управляют именно эти-

17

ми процессами. К сожалению, по вопросу, *повышается* (Ewin, 1974) или *понижается* (Clawson and Swade, 1975) кровоток под действием суггестии, нет единого мнения, так как некоторые терапевты применяют прямо *противоположные* суггестии и достигают одинакового успеха. Уилкинсон в главе 8 предпочитает последнюю теорию.

В настоящее время в целом признается роль вирусной инфекции, и известно, что когда пациенты получали иммунодепрессанты, возрастала вероятность развития кожных бородавок, вызванных папиллома-вирусом. Один вариант терапии предполагает применение интерферона, но это оказывает вредное побочное действие. Поскольку кожная иммунная реакция зависит от ресурсов клеточного иммунитета, неясно, какое изменение кровотока в пределах границ нормы имеет особенное значение — повышение или понижение. Может оказаться, что гипнотерапия при бородавках и других кожных заболеваниях не имеет ничего общего с повышенным или пониженным кровенаполнением пораженной зоны, но там, где такое лечение имеет успех, оно воздействует на уровень тревожности пациента. Это происходит даже тогда, когда терапевт пытается подтвердить на практике свою теорию этиологии и течения заболевания и применяет специальные суггестии для влияния «подсознания» на состояние кожи.

Здесь не оспаривается тот факт, что люди с бородавками или другими поражениями кожи постоянно пребывают в состоянии высокой тревоги. Но помимо этого они, вероятно, страдают от некоего иммунодефицита, и в различные периоды их жизни уровень тревоги может возрастать настолько, что нарушается работа иммунной системы, и вирусные или бактериальные агенты вызывают видимые изменения. Снижение общего уровня тревоги с помощью гипнотерапии или иными средствами является одним из способов, которым можно в значительной степени восстановить эффективность иммунной системы.

Предложение учитывать в терапии уровень тревожности пациентов не всегда представлено в виде альтернативной гипотезы. Очень возможно, что во многих случаях определенный эффект окажут прямые гипнотические суггестии, направлен-

78

Глава 3

ные на улучшение состояния кожи. Ведь кожа, подобно желудочно-кишечному тракту, отзывается на преходящие и долговременные раздражители. Субъект, страдающий заболеванием какого-либо участка кожи, естественно будет обеспокоен состоянием этой части тела, и гипнотические суггестии, которые фокусируются на той же зоне, понизят органоспецифическую тревогу.

Мигрень

Хроническая предрасположенность к жестокими головным болям занимает промежуточное положение между психосоматическими и особенно соматическими расстройствами. Некоторые люди проводят различие между головными болями, вызванными колебаниями артериального давления, и мигренозными болями, однако подобное разделение оказывается спорным, поскольку обе указанные категории болей во многом перекликаются. Физиологическим ответом на тревогу является сужение краниальных артерий с последующей их дилатацией, и в норме артерии возвращаются к своему обычному калибру. Однако у некоторых лиц, подверженных повторному и хроническому стрессу, изначально происходит сверхконстрикция с дальнейшей сверхдилатацией, что сопровождается жестокой болью и иногда тошнотой. Как и при лечении с помощью гипнотерапии бородавок, некоторые терапевты сосредоточились на суггестии оттока переизбытка крови от мозга, тогда как другие внушали обратное действие, а эффект отмечался в обоих случаях. В главе 8 Уилкинсон описывает и обсуждает важную работу Алладина (Alladin, 1984), посвященную лечению мигрени. Возможно, что суггестии тепла, релаксации и так далее мало

вливают непосредственно на кровоток, но там, где лечение оказывается успешным, это происходит из-за снижения посредством гипнотерапии тревоги пациента и отмечается общее улучшение его эмоционального статуса. Следует подчеркнуть, что поскольку для исследования Алладина подбирались исключительно восприимчивые к гипнозу пациенты, какая бы форма лечения ни применялась, возможно, были влияние и терапевтический успех некоторого самогипноза.

Гипнотерапия и тревога

79

Выводы относительно роли тревоги в психосоматических расстройствах

Существует литература, посвященная гипнотическому лечению других психосоматических заболеваний, но те четыре типа, которые обсуждались выше, иллюстрируют основные виды применения гипнотерапии, для их лечения. Считается, что основное воздействие гипнотерапии обусловлено как снижением общего уровня тревоги пациентов, так и тревоги, связанной непосредственно с самим расстройством, хотя терапевты не всегда с достаточной ясностью понимают, что конкретно они делают при помощи гипноза и не дают полной информации обо всех своих действиях во время терапевтических сессий.

Наращивание человеческого потенциала

Для полноценного участия в достижении различных целей нормальным людям необходимо испытывать определенную тревогу. Спортсмены считают, что в силах осуществить задуманное лишь при наличии тревоги, порожденной мощным стимулом спортивного состязания, а студентам известно, что тревожное состояние просто необходимо для напряженной подготовки и успешной сдачи экзаменов. Однако у каждого индивида имеется свой оптимальный уровень тревоги для заданной ситуации, и если тревога чрезмерно усиливается, то она больше вредит, чем способствует выполнению задачи. Применение гипноза в программах тренинга, модулирующих уровень тревоги, было найдено полезным в различных сферах при работе как со взрослыми, так и с детьми.

Мейрс (Mairs, 1988) дает широкий обзор применения гипнотерапии в подготовке спортсменов и обсуждает свою собственную работу со стрелками из лука, проведенную в Великобритании. Такая гипнотическая подготовка не связана целиком с оптимальным уровнем необходимой тревоги, однако является ее составной частью. Существенным моментом в гипнотической подготовке к спортивным выступлениям является хорошая управляемость строем мыслей. Шон (Shone, 1984) предлагает учитывать пять основных аспектов:

80

Глава 3

1. Обстановка способна создать тревогу такой степени, что это помешает выступающему действовать с максимальной результативностью, однако проигрывание ситуации в состоянии гипноза может свести к минимуму нежелательные влияния путем тщательного отслеживания окружающей обстановки и поддержанию эго со стороны тренера-гипнотизера.

2. Когда спортсмен находится под действием стресса и переутомлен тренировками, возможны различные технические погрешности, которые могут закрепиться и даже усугубиться в дальнейшем. Неоднократное воображаемое проигрывание ситуации в гипнотическом состоянии при одновременном контроле над тревогой может отпечатать в сознании выполнение действий, близкое к совершенству, что невозможно в стрессовой практической ситуации.

3. Естественно, что спортсмены обеспокоены ходом своего выступления и ограничивают свое сознание страхом перед провалом. В гипнотическом состоянии можно раздвинуть эти границы и сформировать уверенность в собственных силах; это является частью эго-поддержки в процессе гипнотического тренинга.

4. Тревога мешает выступлению тем, что порождает слишком сильное мышечное напряжение и затрудняет правильный ритм дыхания. Поэтому гипнотический тренинг направлен на обучение спортсмена глубокой мышечной релаксации и дыхательному контролю. Мейрс (Mairs, 1988) указывает, что в идеале для каждого индивида должен быть найден правильный баланс душевной релаксации и напряжения, поскольку выступление может быть сорвано и чрезмерным расслаблением.

5. Установки на состязание зависят от правильного баланса личной агрессивности и спортивного сотрудничества, а состояние «собранности» предполагает достижение такого строя эмоций и мыслей, который соответствует виду деятельности. Гипнотический тренинг направлен на формирование этой необходимой эмоциональной и умственной установки.

Дэвис (Davies, 1988) описывает свое использование гипнотерапии для управления

предэкзамениционной тревогой, и эта

Гипнотерапия и тревога

81

процедура, бесспорно, является более сложной, чем думают многие люди. Она требует более тонкого знания проблем, в которых далеко не все врачи компетентны (например, некоторые лица, считающие себя «гипнотерапевтами» на основании работы, осуществленной, скажем, в рамках стоматологии). Читателям стоит напомнить, что «тревога», как показано в табл. 3.1, ни в коем случае не является простым состоянием, и те, кто предпримет терапию студентов, страдающих предэкзамениционной тревогой, столкнутся с множеством различных проблем. Поскольку в прошлом некоторые студенты страдали от двух слабо тревожных состояний, приведших их к пренебрежению учебной работой, то теперь, когда экзамены оказались на носу, они обнаружили, что плохо к ним подготовлены. В данном разделе нельзя и пытаться должным образом отразить все формы гипнотерапии, пригодные к работе со сложной цепочкой проблем, объединенных под общим названием «предэкзамениционная тревога». Более полную информацию по этой теме читатели найдут в вышеупомянутой статье Дэвиса.

В некоторых районах Великобритании, чтобы помочь детям и подросткам полноценно использовать свой потенциал в школе, к гипнотерапии прибегают также образовательные психологи, и это требует правильного понимания роли тревоги в процессе обучения. В разделе работы Хипа (Heap, 1988) этому вопросу посвящены четыре главы.

Поисковые разработки и будущие направления

Эта книга посвящена применению гипнотерапии в Великобритании, и потому я воздерживаюсь от слишком частых ссылок на работу, проделанную в других странах, хотя в Британии мы следим за зарубежными исследованиями. Можно отметить, что в разделах, посвященных «специальному применению», определенное внимание уделялось как лечению психосоматических расстройств, так и коррекции психологических нарушений и наращиванию человеческого потенциала, хотя эти вопросы вновь обсуждаются в главе 8. В Великобритании

82

Глава 3

было больше всего публикаций по вопросам гипнотерапии, которая выступает в легко поддающейся оценке форме при лечении тревоги в рамках психосоматической медицины. Анализ лечения тревоги при более выраженных физиологических расстройствах зачастую нелегко оценить с позиций его ценности и значимости, поскольку он подается в форме докладов о единичных случаях при отсутствии данных экспериментального наблюдения. Экономя место, я привел лишь несколько примеров хорошо проконтролированных клинических испытаний; читатели же могут обратиться к статье Уоддена и Ан-дертона (Wadden and Anderton, 1982), где помещен ценный, подробный обзор того, о чем упоминалось в этой короткой главе.

Некоторые люди не согласятся с тем, какое значение, я придаю роли тревоги в этиологии и течении психосоматических нарушений, и предпочтут альтернативные объяснения. Это отдельная тема для дискуссии. Мне кажется, будущее развитие гипноза как ценного инструмента в помощь британским специалистам в сфере здравоохранения связано с той опасностью, что гипноз становится слишком популярным среди массы неподготовленных и слабо подготовленных лиц, которые не интересуются научными исследованиями. Они не понимают, какой вклад внесли эти процедуры в огромное развитие здравоохранения, наблюдавшееся в нашем столетии. Нам по-прежнему не хватает адекватной оценки различных значений сложного понятия «тревога» в большей части опубликованных работ. Я уже указывал, как ранняя работа Вольпе, которая, совместно с группой психологов и психиатров из Модели уже оказала столь сильное влияние и продолжает влиять в наши дни на развитие поведенческой терапии во всем мире, пострадала из-за упрощенного понимания одного из наиболее интересных аспектов — гипнотической индукции. Существовало понятное нежелание бихевиористски ориентированных ученых ассоциироваться с гипнотерапией, поскольку в то время она имела плохую репутацию. Теперь положение дел в Великобритании изменилось, и несмотря на продолжающиеся публикации о чрезмерном и неоправданном культе гипнотерапии, серьезные профессионалы из сферы здравоохранения готовы

Гипнотерапия и тревога

83

отделить зерна от плевел и принять вызов, брошенный им этой многообещающей техникой.

Список литературы

Alladin, A. A. (1984) Hypnosis in the treatment of head pain, in M. Heap (ed.). Proceeding of the First

- Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis, BSECH.
- Araoz, D. L. (1982) *Hypnosis and Sex Therapy*, New York: Brunner/ Mazcl.
- Bootzin, R. R. and Nicassio, P. M. (1976) Behavioral treatment for insomnia, in M. Herson, R. M. Eisler and P. M. Mitler (eds) *Progress in Behavior Modification*, Vol. 6, New York: Academic Press.
- Bowers, K. S. and Kelly, P. (1979) Stress, disease, psychotherapy and hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology* 88:490-503.
- Bunney, M. H. (1982) *Viral Warts: Their Biology and Treatment*, Oxford: Oxford University Press.
- Clarke, J. C. and Jackson, J. A. (1983) *Hypnosis and Behavior Therapy*, New York: Springer.
- Clawson, T. A. and Swade, R. H. (1975) 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, *American Journal of Clinical Hypnosis* 17:160-169.
- Cole, M. and Dryden, W. (eds) (1988) *Sex Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.
- Colgan, S. M., Faragher, E. B. and Whorwell, P.J. (1988) Controlled trial of hypnotherapy in relapse prevention of duodenal ulceration, *The Lancet* 2(i): 1299-1300.
- Davies, P. (1988) The use of hypnosis in the management of examination anxiety, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 5:105-106.
- Dryden, W. (1984) Individual therapies: a comparative analysis, in W. Dryden (ed.) *Individual Therapy in Britain*, London: Harper & Row.
- Dubin, L. L. and Shapiro, S. S. (1974) Use of hypnosis to facilitate dental extraction and hemostasis in a classic hemophiliac with a high antibody titer to factor VIII, *American Journal of Clinical Hypnosis* 17: 79-83.
- 84**
- Глава 3
- Emmelkamp, P. M. G. and Kuipers, A. C. M. (1979) Agoraphobia: a follow-up study four years after treatment, *British Journal of Psychiatry* 134:352-355.
- English, H. B. and English, A. C. (1958) *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms*, London: Longman.
- Ewin, D. M. (1974) Condyloma acuminatum: successful treatment of four cases by hypnosis, *American Journal of Clinical Hypnosis* 17: 73-78.
- Gibson, H. B. and Heap, M. (1990) *Hypnosis in Therapy*, London: Lawrence Erlbaum.
- Hartland, J. (1971) *Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications*, 2nd edn, London: Bailliere Tindall.
- Heap, M. (1988) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Holdsworth, C. D. and DuCann, P. A. (1986) Irritable bowel syndrome, *Medicine International* 25:1018-1083.
- Hoogduin, C. A. L. and de Jong, P. (1989) Hypnotizability in obsessive-compulsives, in D. Waxman, D. Pedersen, I. Wilkie and P. Mellett (eds) *Hypnosis: The Fourth European Congress at Oxford*, London: Whurr Publishers.
- Humphreys, A. (1988) Applications of hypnosis to anxiety control, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Karle, H. W. A. (1988) Hypnosis in analytic psychotherapy, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London; Croom Helm.
- Lader, M. and Marks, I. (1971) *Clinical Anxiety*, London: Heinemann.
- Lazarus, A. (1973) «Hypnosis» as a facilitator in behavior therapy, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 21: 25-31.
- Mairs, D. A. E. (1988) Hypnosis in sport, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Marks, I. M. (1987) Comment on S. Lloyd Williams' "On anxiety and phobia", *Journal of Anxiety Disorders* 1:181-196.
- Meichenbaum, D. (1977) *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, New York: Plenum Press.
- Misra, P. C. (1985) Hypnosis and Sexual Disorders, in D. Waxman, P. C Misra, M. Gibson and M. A. Basker (eds) *Modern Trends in Hypnosis*, New York: Plenum Press.

Гипнотерапия и тревога

85

- Rachman, S. (1968) The role of muscular relaxation in behaviour therapy, *Behaviour Research and*

Therapy 6: 159-166.

Rachman, S. (1973) The effects of psychological treatment, in J. J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology*, London: Pitman.

Rowley, D. T. (1986) *Hypnosis and Hypnotherapy*, London: Croom Helm.

Shone, R. (1984) *Creative Visualization*, Wellingborough: Thorsons.

Snaith, R. P. (1981) *Clinical Neurosis*, Oxford: Oxford University Press.

Wadden, T. A. and Anderton, C. H. (1982) The clinical use of hypnosis, *Psychological Bulletin* 91: 215-243.

Watkins, J. G. (1971) The affect bridge: a hypnoanalytic technique, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 19: 21-27.

Whorwell, P. J., Prior, A. and Faragher, E. B. (1984) Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome, *The Lancet* 2:1232-1234.

Wolpe J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif.: Stanford University Press.

4

Ассен Аллалин и Майкл Хин ГИПНОЗ И ДЕПРЕССИЯ

Введение

В предыдущей главе было рассмотрено применение гипноза для снижения тревоги. Очевидно, что лечение тревоги охватывает широкий спектр проблем, включая генерализованное тревожное расстройство, реакцию на травмирующий стресс, фобии, obsessивные расстройства и психосоматические жалобы. На самом деле пациенты, которые обращаются за психологической помощью, очень часто определяются как «тревожные».

Другим, весьма распространенным описанием пациентов, направленных на лечение, является слово «депрессивный», и повседневное использование этого термина обычно хорошо отражает его смысл. Однако в настоящей главе мы коснемся вопроса применения гипноза к тем пациентам, которым поставили клинический диагноз депрессии, а не к тем, кто просто несчастен в силу личных обстоятельств. Это важный момент, поскольку клиническая депрессия ставит терапевта перед серьезными проблемами: ее трудно лечить с психологической точки зрения, и очень важно, чтобы специалист хорошо знал и понимал природу этого нарушения.

Определение и характеристика

Стерн и Мендельс определяют клиническую депрессию как «состояние, характеризующееся постоянным и патологич-

87

еским снижением настроения (чувство тоски, подавленности, уныния) и/или потерей интереса к обычной деятельности, сопровождаемые множеством характерных признаков и симптомов» (Stern and Mendels, 1980, p. 205). Все перечисленное включает в себя изменения в пяти сферах:

Негативные эмоции: плохое настроение, полное равнодушие к радостям жизни, чувство вины, нервозность, раздражительность, тоска;

Негативные мысли: негативный взгляд на себя, мир и будущее; нерешительность, самообвинение и ощущение безнадежности и отсутствия смысла;

Негативные мотивации: потеря интереса, суицидные мысли, социальная пассивность, пренебрежение внешним видом;

Изменения в поведении: уменьшение поведенческой деятельности, снижение эмоциональной или психомоторной активности;

Вегетативные изменения: бессонница, потеря аппетита и веса, пониженное либидо, нелокализованные болевые ощущения.

В третьем, исправленном издании *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III-R)*, опубликованном Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association, 1987), термин «депрессивные, или аффективные, расстройства» заменен на «расстройства настроения». *DSM-III-R* подразделяет расстройства настроения на *биполярные* и *депрессивные*. Биполярные расстройства характеризуются наличием одного или более эпизодов *мании* (приподнятое настроение, повышенная активность и глобальные и сверхценные идеи) или *гипомании* (смягченная мания) и подразделяются на *биполярные нарушения*, при которых имеется один или более маниакальных эпизодов, и *циклотимию*, при которой существуют частые периоды гипомании и депрессивные симптомы.

Униполярные депрессивные расстройства характеризуются одним или более периодами депрессии без эпизодов мании или гипомании в анамнезе. Депрессивные нарушения подразделяются на *большую депрессию* и *дистимию* (или депрессивный невроз). Важным признаком большой

депрессии является один или более эпизодов депрессивного настроения, или

88

Глава 4

потеря интереса или удовольствия от чего бы то ни было, или прекращение почти любой деятельности и ассоциированные симптомы на протяжении по меньшей мере двух недель. Текущая большая депрессия может быть отнесена либо к *меланхолическому типу* (тяжелая форма эпизода большой депрессии, поддающаяся соматическому лечению; часто именуется эндогенной, или биологической, депрессией), либо к *хроническому* (текущий эпизод длится свыше двух лет).

Дистимия, или депрессивный невроз (другие распространенные названия: реактивная, неэндогенная или экзогенная депрессия) является хронической, от мягкой до умеренной формой клинической депрессии, которая длится, по меньшей мере, два года. Складывается впечатление, что дистимия не поддается химиотерапии, зато она чувствительна к психотерапии (Kaplan and Sadock, 1981), особенно к когнитивной терапии.

В данной главе рассматриваются униполярные депрессивные расстройства (большая депрессия и дистимия); таким образом, термины «депрессия», «аффективное расстройство», «расстройство настроения» и «униполярная депрессия» попеременно используются для обозначения небиполярной депрессии. Несмотря на то, что были упомянуты эндогенная и неэндогенная депрессии, эти термины являются преимущественно описательными; они обеспечивают прагматичный подход к лечению, однако не объясняют его этиологию.

Распространение и течение

Депрессия является самым распространенным эмоциональным расстройством, составляющим примерно половину всех психических нарушений (Gallant and Simpson, 1976). Как американская, так и британская статистика показывает, что вероятность развития униполярной депрессии составляет примерно 20% у женщин и 10% у мужчин, а более высокой оказывается в низшей социо-экономической группе, среди разведенных и разлученных лиц (Boyd and Weissman, 1982). Процентные показатели глубоко депрессивных пациентов, находящихся на лечении, колеблются в мире от 20% до 33% (Kaplan and Sadock, 1981).

89

Свыше 50% депрессивных больных имели свой первый эпизод депрессии в возрасте до 40 лет (American Psychiatric Association, 1987). Без лечения приступ депрессии может длиться от 6 до 13 месяцев, тогда как большинство пролеченных приступов длятся около 3 месяцев. Через 4-6 месяцев примерно у 50-85% пациентов отмечался второй депрессивный эпизод. Опасность рецидива возрастает при сопутствующих дистимии, злоупотреблении алкоголем или наркотиками, тревожных симптомах, а также если заболевание началось в пожилом возрасте и имело более одного депрессивного эпизода в анамнезе (МоШса, 1989). Примерно половина всех больных выздоравливает полностью, однако в 20-35% случаев болезнь приобретает хроническое течение с выраженной резидуальной симптоматикой и инвалидизацией (American Psychiatric Association, 1987). Около 15% пациентов, страдающих первичным аффективным расстройством, в конечном счете налагают на себя руки (Motto, 1975).

Теории депрессии

Причины депрессии неизвестны. К многообразию ее форм, вероятно, можно добавить еще ряд факторов. Более того, эти факторы могут взаимодействовать друг с другом. Чтобы подчеркнуть неправомотность поиска одной-единственной причины данного заболевания, ниже будет произведен краткий выборочный обзор некоторых хорошо известных теорий депрессии. Более подробно рассматривается когнитивная теория, поскольку она является составной частью интегрированной модели (диссоциативная модель депрессии), описанной ниже.

Биохимические теории депрессии

Исследователями были предложены несколько биохимических теорий депрессии, включая гипотезу, что 1) при депрессии в определенных участках мозга существует дефицит важных медиаторов нервной системы (таких как норадренилин и серотонин); 2) нарушается функционирование мозговых систем (напр., диэнцефальной области), регулирующих выработку гормонов и других важных биологически активных ве-

90

Глава 4

ществ; 3) нарушено функционирование нервной клетки: изменяется проходимость положительно заряженных ионов (таких, как калий и натрий) сквозь клеточную мембрану, что приводит к нестабильной гипервозбудимости центральной нервной системы (Stern and Mendels, 1980).

Несмотря на то, что некоторые данные говорят в пользу этих гипотез, они не объясняют всех симптомов, наблюдающихся при депрессии. Более того, расстройство регуляции уровня нейромедиаторов может происходить в ответ на действие экзогенных факторов, таких как психосоциальные стрессы (например, потеря работы). При этом, однако, нельзя недооценивать успехи, достигнутые в биохимических исследованиях за последние 30 лет, которые привели к значительному прогрессу в медикаментозном лечении депрессивных расстройств.

Психодинамические теории депрессии

Согласно психодинамическим теориям, главным компонентом депрессии является чувство *утраты*. Абрахам (Abraham, 1911) предположил, что депрессивная личность перенаправляет во внутренние русла враждебные чувства, адресованные ранее утраченному лицу (родителям, мужу или жене, близкому другу). Концепция Абрахама была в дальнейшем развита Фрейдом (Freud, 1917), который подчеркивал важность символической утраты (то есть не обязательно реальной потери любимого объекта) при депрессии. Фрейд предположил, что отсутствие любви и поддержки со стороны значимой персоны (как правило, родителей) на оральной стадии развития в дальнейшей жизни предрасполагает индивида к депрессии.

Психодинамические теории депрессии оказываются недостаточными, поскольку 1) нельзя приложить вышеприведенные формулировки ко всем типам депрессии; 2) нет подтверждения тому, что низкая степень самоуважения более свойственна людям, впадающим в депрессию, нежели тем, с кем этого не происходит; 3) при некоторых видах депрессии гнев направлен не на себя, а на других людей; 4) некоторые исследования показали, что депрессия не связана со смертью родителей, разводом, нарушенными обязательствами и другими

Гипноз и депрессия

91

подобными утратами значимых взаимоотношений (Malmquist, 1970; Watts and Nicoli, 1979).

Теория приобретенной беспомощности

Основываясь на данных, полученных в ходе опытов над животными, Селигман (Seligman, 1975) выдвинул для объяснения депрессии «теорию приобретенной беспомощности». Эта модель рассматривает депрессию как следствие неправильного восприятия в прошлом локуса контроля. Селигман предположил, что когда с индивидом происходят негативные события, которые, по его мнению, невозможно изменить, он теряет надежду и становится пассивным и депрессивным.

Поскольку большинство исследований приобретенной депрессии, проводившихся на людях, основывается на экспериментальной индукции депрессии нормальным или умеренно депрессивным субъектам, их результаты не могут быть распространены на клиническую депрессию. Модель также не позволяет провести четкое разграничение между симптомами депрессии и синдромом депрессивного расстройства.

Когнитивная теория депрессии

Когнитивные изменения при депрессии традиционно рассматриваются как вторичные по отношению к первичному расстройству настроения. Однако Бек (Beck, 1967, 1976) предположил, что «депрессивные когниции», или «депрессивная дисфункция» могут являться первичным нарушением или, по меньшей мере, значительно утяжеляют расстройство и поддерживают его. Бек выделил три основных признака когниции, относящихся к депрессивному переживанию: 1) «когнитивная триада»; 2) неправильная обработка информации, или когнитивные ошибки; 3) схемы.

1. *Когнитивная триада*. Она состоит из негативных представлений по отношению к себе, к миру и будущему. Первым выступает негативное убеждение в собственных неполноценности, несостоятельности, ненужности, бесполезности и ущемленности. Вторым является склонность рассматривать мир как нечто негативное, чреватое поражением, и поэтому индивид обречен страдать, терпеть

92

Глава 4

нужду и подвергаться наказанию. Третьим является ожидание непрерывных лишений, унижений, неудач и страдания.

2. *Неправильная обработка информации, или когнитивные ошибки*. Под этим понимается искаженная интерпретация событий, поддерживающих когнитивную триаду. Берне (Burns, 1980) перечислил десять типов искажения мышления, или когнитивных ошибок, включающие мышление в духе «все или ничего», сверхообщения, ментальный фильтр, дискредитацию

положительного, поспешные выводы, преувеличение (катастрофизацию) или преуменьшение, толкование эмоций, вероятностные утверждения, навешивание и снятие ярлыков, а также персонализацию. Эти ошибки мышления, или «негативный диалог с собой» постепенно становятся автономными, правдоподобными, без конца повторяющимися и идиосинкразическими. Этот когнитивный процесс напоминает концепция негативного *самогипноза* (НСГ), описанная ниже.

3. *Схемы*. Гипотетически существуют когнитивные структуры, которые влияют на скрининг, кодирование и организацию привходящих раздражителей. Негативные или депрессогенные схемы могут быть усвоены в детстве. Ребенок учится конструировать реальность через опыт своего раннего общения с окружающими, особенно со значимыми людьми. Иногда эти ранние впечатления могут сформировать у ребенка неадекватные установки и убеждения. Бек считает, что негативные схемы предрасполагают к тому, что депрессивные пациенты начинают искажать события в характерной манере (когнитивные искажения, или неправильная обработка информации), ведущей к поддержанию когнитивной триады. Негативные схемы обычно не осознаются и пребывают в латентном состоянии, пока нежелательное событие жизни не даст схеме толчок. Когда конкретная схема активизирована (например, ощущение несостоятельности), пациент сортирует, отбирает и расшифровывает информацию так, что поддерживается пораженческая схема.

Несмотря на отсутствие четкого подтверждения роли когнитивных факторов в этиологии и патогенезе депрессии, большой-

93

ство исследований признают значение когнитивной дисфункции для клинической депрессии. Например, Норман и др. (Norman et al, 1983) отмечали когнитивную дисфункцию у 50-60% депрессивных больных, а уровень дисфункции соответствовал тяжести и хронизации депрессии. Однако лишь в нескольких клинических исследованиях (Teasdale and Dent, 1987; Parry and Brewin, 1988) получено подтверждение тому, что в расстройствах настроения первичная роль принадлежит когниции. Более того, данная модель не может объяснить процесс, в результате которого когнитивные нарушения приводят к клинической депрессии. Тем не менее модель Бека создает основу для дальнейшего изучения физиологического процесса у депрессивных больных.

Современные методы лечения: краткий обзор

При том, что существует много теорий депрессии и множество подходов к ее лечению, ни один из них не является эффективным для всех депрессивных больных. Главным лечебным методом является фармакотерапия, конкретно — применение различных антидепрессантов (например, трициклических, тетрациклических и ингибиторов моноаминоксидазы). При тяжелых или психотических депрессиях обычно прибегают к электроимпульсной терапии (ЭИТ). Свыше 20% пациентов не поддаются ни одному из этих видов лечения (см., напр. Medical Research Council, 1965), а у 12-32% возникает рецидив в промежутке от 6 месяцев до 2 лет с момента прекращения медикаментозной терапии (Quitkin et al., 1976).

Наиболее эффективным и широко распространенным видом психологической коррекции депрессии является когнитивная терапия. Когнитивная терапия оказывается действенной (Murphy et al., 1984) или превосходящей по эффекту и снижению числа рецидивов (Rush et al., 1977; Kovacs et al., 1981) терапию антидепрессантами. Однако когнитивная терапия в целом неэффективна при тяжелой депрессии, и ей также поддаются не все разновидности этого заболевания. Таким образом, становится ясно, что значительное число депрессивных больных не поддается современным методам лечения.

94

Глава 4

Гипнотерапевтические подходы: общие принципы

Клиническая депрессия традиционно занимала последнее место в списке расстройств, при которых в качестве эффективного дополнительного лечебного средства рекомендуется гипноз. Такие солидные труды, как работы Хартланда (Hartland, 1971) и Крогера (Kroger, 1977) едва касаются этой темы. В действительности последний автор, а позднее Бэрроуз (Burrows, 1980) предостерегали от применения гипноза к тем больным с клинической формой депрессии, которые обнаруживают суицидные тенденции, на том основании, что любой временный подъем настроения, вызванный гипнозом, может оказаться достаточным, чтобы стать импульсом к суицидной попытке.

Потенциально склонные к суициду пациенты действительно нуждаются и заслуживают самого

бережного и чуткого обращения, однако авторы данных строк не уверены, что само по себе переживание пациентом гипнотической индукции способно повысить вероятность суицидной попытки. Скорее всего, у пациента, который не почувствовал после гипноза немедленного улучшения, могут усилиться суицидные настроения. Такое особенно возможно, если пациент, как нередко случается, стремится к гипнозу как к «последней надежде» и обнаруживает, что переживание это не так глубоко или не так драматично, как он ожидал. В дальнейшем мы проиллюстрируем это конкретным примером. В случае гипноаналитического подхода следует также помнить о риске, которому подвергается пациент из-за раскрытия и оживления травмирующих воспоминаний, особенно если он уходит после сессии к бесчувственной и безразличной семье или партнеру по браку.

Психологическая коррекция больных с клинической депрессией затрудняется как неизбежным опасением из-за риска суицидной попытки, так и другими соображениями. Постоянные умственные и физические характеристики, отличающие это расстройство, — плохие память и концентрация внимания,

гипноз и депрессия 95

ощущение беспомощности, недостаток энергии, возбуждение и так далее — делают активное участие в психологической терапии трудным для больного; гипноз же *требует* от пациента именно этого. В то же время гипноз традиционно предполагает физическую и умственную релаксацию, и как-то не хочется подвергать релаксации больных, которые зачастую пребывают в сонном состоянии и могут подолгу оставаться без движения. Возможно, при работе с депрессивными пациентами стоит воспользоваться преимуществами активного, «живого» типа гипнотической индукции и фантазирования, описанного среди прочих Гиббсом (Gibbons, 1979). И все же, по нашему опыту, беспокойные, ажитированные, «вязкие» чувства, о которых часто сообщают депрессивные лица, непросто свести на нет с помощью стандартных процедур физической релаксации.

Далее будет показано, что чем больше лечебных техник и процедур использует в лечении депрессии терапевт (при должной компетентности, разумеется), тем выше вероятность успешного результата. Поэтому терапевтам следует активнее перенимать идеи и методы школ, в которых мыслят не так, как они привыкли. К счастью, как отмечалось в главе 2, гипноз обеспечивает терапевта набором таких техник, которые могут быть приспособлены к широкому спектру терапевтических подходов, включая аналитический, бихевиористский и когнитивный. Тем не менее максимально важно, чтобы терапевт применял эти процедуры исключительно в рамках тщательно структурированной и исчерпывающей программы терапии, которая основывается на научном понимании природы депрессии и потребностей больного. Таким образом, курс терапии должен осуществляться сам по себе, *без* помощи гипноза; гипнотические техники привносятся для усиления терапии.

С учетом вышеупомянутых оговорок давайте рассмотрим несколько гипнотерапевтических процедур, которые можно включить в программу лечения депрессивного больного.

1. Гипноз как релаксирующая процедура

Привычный самогипноз как средство чистой релаксации, может помочь отдельным депрессивным пациентам, хотя, как уже отмечалось, простые методы релаксации нельзя,

96

Глава 4

по мнению авторов, эффективно использовать в тяжелых случаях ажитации, которую испытывают многие депрессивные больные.

2. Гипнотическая суггестия как средство воздействия на поведение, мысли и чувства

Подобное применение гипноза может дополнять поведенческие и когнитивные процедуры, к которым прибегают в процессе лечения депрессии. Иллюстрацией этого является обычное использование постгипнотической суггестии для закрепления когнитивных или поведенческих изменений. Например, после работы с пациентом, когда негативные когниции в конкретной ситуации оспаривались и заменялись рациональными идеями, можно дать такую постгипнотическую суггестию: «Когда бы вы ни оказались в подобной ситуации, вам немедленно придут в голову следующие мысли...» В дальнейшем эта суггестия может быть дополнена 1) повторным воображаемым переживанием одного или нескольких эпизодов, в которых пациент был травмирован, оказавшись в аналогичной ситуации, — на сей раз с использованием позитивных мыслей; 2) таким же повторным проигрыванием будущих действий в ситуации того же типа. Для домашних упражнений эти инструкции можно записать на пленку.

В описанной работе суггестию можно усилить с помощью ключей или якорей. Например, позитивные мысли и чувства могут быть связаны с приятным мысленным образом или воспоминанием, а суггестии, данные пациенту, могут снизить депрессивные ощущения, вызывая в сознании образ и ассоциирующиеся с ним положительные эмоции. О пользе подобных процедур при лечении депрессивных больных сообщил Мейт-сон (Matheson, 1979).

В качестве якоря обычно выступает сжатый кулак. Стейн (Stein, 1963) описал распространенную процедуру, которая связывает, используя положительные образы, приятные чувства с рабочей рукой, а неприятные, таким же образом, — с нерабочей. Неприятные чувства можно ставить на якорь, сжимая левый кулак, а устранять — разжимая его, одновременно (или

97

после этого) сжимая правый кулак, чтобы улучшить проявление в сознании положительных эмоций и ресурсов. Опять же мысленное повторение такой процедуры в проблемных ситуациях может повысить ее эффективность.

Иллюстрацией использования ключевого слова в дополнение к постгипнотической суггестии может служить лечение умеренно депрессивного больного, который осознал, что приступы его дисфории часто происходят из-за пассивного отношения к проблемам. Решение этих проблем зависело от некоторой активности со стороны пациента. Например, он впал в депрессию, когда друг, от которого он ждал телефонного звонка, не позвонил, а в следующий раз то же самое произошло, когда друг не вернул какую-то вещь, которую тот ему одолжил и в которой срочно нуждался. Обе эти проблемы можно было решить, просто-напросто позвонив другу, но это ни разу даже не пришло ему в голову. Он выбрал слово «пассивность» в качестве ключевого, чтобы вспоминать его всегда при развитии депрессивных чувств в подобных ситуациях и обдумывать благодаря этому действия, которыми он мог бы предупредить то, что называл «спадом».

3. Аналитические методы

Хотя гипнотические процедуры типа исследовательских и раскрывающих техник (см. главу 2), традиционно применяемые в аналитическом контексте, можно приспособить к поведенческой и когнитивной терапии, мы рассмотрим их сначала с аналитической точки зрения. Здесь мы подключаем понятие диссоциации и рассматриваем гипноаналитические методы, целью которых, среди прочих, является оценка и разрешение диссоциированных чувств, воспоминаний, фантазий, конфликтов и так далее. Подобная работа, как правило, хотя и не всегда, предполагает регрессию к ранним воспоминаниям, при необходимости — ассимиляцию сознанием содержания этих воспоминаний и связанных с ними чувств, и серьезный разбор или переоценку воспоминаний так, чтобы они впредь не беспокоили пациента.

В литературе читатель найдет много примеров, иллюстрирующих такого рода работу. Карле (Karle, 1988) сообщает о не-

4 М. Хип

98

Глава 4

скольких интересных случаях из своей практики. Например страдающий депрессией мужчина был подвергнут регрессии к моменту детства, когда он узнал, что был усыновлен. Была вскрыты и интегрированы в сознание ранее неосознанные негативные чувства, сопровождавшие это обстоятельство. Тем же автором сообщалось о сходных аналитических процедурах, примененных к больным, которые в детстве подверглись сексуальному насилию, и тем, кто был травмирован ранними госпитализациями.

Эти подходы согласуются с психоаналитическими теориями депрессии, выраженными в понятиях утраты, отвержения и гнева, обращенного внутрь себя (см. выше). Раскрытие, выражение и осознанная ассимиляция этих чувств, таких как скорбь и гнев, являются, таким образом, целью подобных психоаналитических процедур. Тем не менее последние подвергались критике за их недостаточность как таковых для продолжительного воздействия на депрессивное переживание. Например, когнитивные терапевты — такие как Бек (Beck et al., 1979) и Берне (Burns, 1980) — признают ценность высвобождения подавленных чувств типа гнева и скорби, однако настаивают на том, что облегчение, скорее всего, окажется недолговременным, поскольку остаются незатронутыми депрессивные когнитивные схемы пациентов.

В связи с этой проблемой и ее отношением к гипнотерапии нам бы хотелось выделить три момента. Первый состоит в том, что Гибсон и Хип (Gibson and Hear, 1990) привлекли внимание к факту, согласно которому многие бездипломные гипно-терапевты и некоторые медицинские работники, практикующие гипноз, верят в миф о том, что все психологические проблемы и

расстройства связаны с некоей подавленной травмой, воспоминание о которой должно быть оживлено вместе с сопутствующими ей эмоциями. Следовательно, «хорошая абре-акция» расценивается как значительное терапевтическое событие (подобно тому как во многих видах активной психотерапии типа биоэнергетической или гештальт-терапии высоко оценивается выход, который дает своим чувствам пациент).

На самом деле в литературе встречаются единичные сообщения о быстром излечивании болезни при помощи регрессии

травмирующему инциденту (см., напр., Degun and Degun, 1977; Hart, 1984). Однако речь там идет о четко очерченных проблемах типа фобий, в противоположность хроническим инвалидизирующим состояниям наподобие клинической депрессии. Все, что нам известно о данном заболевании, вызывает сомнения в том, что единичное катарсисное высвобождение эмоций может оказать сильное, продолжительное воздействие на состояние больного.

Однако второй момент, заслуживающий внимания, заключается в том, что выражение сильной эмоции, которая длительное время находилась под контролем, при чуткой поддержке терапевта может привести к значительному когнитивному сдвигу. Допустим, что одной из важных составляющих депрессивного настроения пациента является недостаточная уверенность в себе и боязнь обнаружения собственного гнева. Эта проблема может рассматриваться в когнитивных понятиях (мысли, например, о том, что несогласие с кем-либо приведет к катастрофе). Предположим также, что в процессе гипнотической возрастной регрессии пациент дает выход выраженному гневу, адресованному его матери, — чувству, в котором больной был не в состоянии признаться до сих пор. Теперь, при терпимом восприятии терапевтом выражения этих эмоций, пациент сможет более разумно относиться к своему гневу и чувству уверенности в себе. Более того, может наступить изменение в восприятии собственной личности: иначе говоря, замена представления больного о себе как о «ком-то, кто не может сердиться» на «того, кто может».

Это подводит нас к третьему моменту, согласно которому исследующие и раскрывающие процедуры также требуют переоценки больным своих воспоминаний, в результате чего они прекращают разрушительно влиять на его нынешнее благополучие. Карле (Karle 1988) описывает множество соответствующих приемов. После того, например, как пациент повторно переживал детскую травму того времени, когда родители оставляли его в больнице, его просили немедленно и в деталях вспомнить, как они за ним возвращались, и восстановить соответствующие приятные ощущения. Карле описывает этот метод как «телескопию травмы и запоздалого комфорта».

100

Глава 4

Другая процедура использует понятие о состояниях эго. Пациенту велят повторно испытать прошлое травматичное переживание, затем представить возвращение к этой сцене в зрелом возрасте и обеспечить себя как ребенка уютом, поддержкой и силой для лучшего самочувствия в той ситуации. Этот процесс может привести непосредственно к когнитивному реструктурированию способа, которым пациент объясняет свои *текущие* обстоятельства. К примеру, один из авторов наблюдал депрессивного пациента, которого в детстве систематически унижал и невыгодно сравнивал с остальными детьми его отец. Пациент регрессировал к одному из таких инцидентов и был подвергнут вышеописанной процедуре «состояния эго». На следующей сессии он сообщил, что в течение недели, при любом беспокойстве по поводу того, как он выглядит в сравнении с окружающими, обнаруживал, что советуется с собой и убеждает себя, что ему не нужно быть таким же, как другие люди, и лучше всего — оставаться просто самим собой. Он был способен делать это без всякой помощи со стороны терапевта в смысле когнитивного реструктурирования.

Последний пример использования «гипноаналитической» техники в когнитивном контексте представлен Деганом и Деган (Degun and Degun 1980, 1988), которые разработали метод суггестии образа в качестве дополнительной процедуры в когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных больных. Пациента гипнотизируют и дают следующую суггестию: «Внимательно слушайте, что я скажу. Вы *можете* решить вашу проблему, когда поймете ее причину. В вашем сознании появится мысль или образ, которые прольют свет на причину вашей проблемы. Это может случиться в любое время дня или ночи, но *вы все запомните, чтобы после рассказать мне*» (Degun and Degun, 1980, p. 18).

Во время последующей сессии пациента снова гипнотизируют и проводят через образ, который никак не интерпретируется со стороны терапевта. Пациента поощряют раскрыть свое собственное понимание образа, его связи с проблемами и их возможного решения при условии когнитивного и

поведенческого изменения. В случае, представленном Деганом и Деган, ответ последовал очень быстро; это может быть нетипичным, однако данная процедура способна стать полезным дополнительным средством для повышения эффективности когнитивно-бихевиорального лечения как депрессии, так и других психологических расстройств.

4. Эго-усиление

В главе 2 эго-усиление описывалось как способ использования положительного гипнотического переживания и взаимоотношений «терапевт-пациент» для развития чувства уверенности в себе, оптимизма и улучшенного представления о своей личности. Эго-усиление, следовательно, является процедурой, дополняющей когнитивно-бихевиоральное лечение депрессии, и как будет показано ниже в связи с когнитивной гипнотерапевтической программой Алладина, процедуры гипнотической индукции и эго-усиления могут быть записаны на пленку и ежедневно прослушиваться пациентом. Терапевт может воспользоваться сценарием, предложенным Хартландом (Hartland, 1971), или последовать совету Хипа (Heap, 1985) и Росса (Ross, 1985), соединив процедуру усиления эго с потребностями и особенностями конкретного пациента, используя его способности к фантазии и выполняя, возможно, некоторые из действий, описанных выше в разделе 2.

Заметьте, что эго-усиление применяется для расширения позитивных чувств, которые, следовательно, к тому моменту уже должны присутствовать! Читатель может представить реакцию депрессивного больного, который пребывает в отчаянии стремится к гипнозу как «последней надежде» и подвергается процедуре гипнотической индукции, а также эго-усилению Хартланда (Hartland, 1971). «Это не работает...», «Ничего и не будет работать...» и т. д. — вот каковы могут быть его мысли, в то время пока терапевт «жужжит себе» на заднем плане. Именно так описывает Хип (Heap, 1984) реакцию пациента, который консультировался у мистера М. на Харли-Стрит («гип-нотерапевта», чьими документами являлось лишь объявление в рекламной газете с предложением собственных услуг). После одиннадцати сессий этого лечения (которое заботливые родственники оплатили, не задумываясь о цене) больной пришел в такое уныние и отчаяние, что, отклонив предложение мисте-

102

Глава 4

ра М. обратиться к семье с просьбой профинансировать дальнейшие двенадцать сессий того же мучения, предпринял серьезную попытку покончить с жизнью.

Еще раз отметим, что мораль здесь в том, что перед нами — полезная процедура, способная дополнить тщательно подобранную программу лечения, однако она не является самим по себе лечением, и если применить ее в таком качестве, это может разочаровать больного и даже привести к несчастью. Теперь, запомнив это, мы предлагаем структурированную программу терапии, которая была недавно разработана Алладином и включает в себя гипнотерапевтические методы наравне с ортодоксальными когнитивными и поведенческими процедурами.

Специальное применение гипноза в когнитивной терапии депрессии

Образец структурированного мультимодального подхода к лечению депрессии, важной составной частью которого является гипноз, был недавно разработан Алладином (Alladin, 1987, 1989) и основывается на его диссоциативной модели депрессии; эту модель мы опишем первой.

Диссоциативная модель депрессии

Возвращаясь к нашему прежнему обсуждению природы депрессии, мы можем с готовностью признать, что это сложное расстройство, предполагающее участие многих факторов. Таким образом, маловероятно, чтобы был найден единственный причинный фактор — биологический или психологический. Столь же маловероятным представляется эффективное лечение любого депрессивного больного с помощью какого-либо единичного вмешательства. В своем всеобъемлющем обзоре видов психологической терапии депрессии Уильяме (Williams, 1984) сделал вывод, что чем больше используется техник, тем успешнее лечение. Этим подразумевается, что чем большим выбором техник владеет терапевт, тем выше вероятность того, что будет найдена комбинация, наиболее подходящая конкретному пациенту.

103

Руководствуясь вышеупомянутым выводом, Алладин / Alladin, 1987, 1989) разработал рабочую модель клинической депрессии, которая сочетает гипнотические и когнитивные парадигмы и имеет показания к множественному вмешательству. Эта модель именуется «Диссоциативной моделью депрессии», потому что 1) охватывает диссоциативную теорию гипноза и 2) подразумевает, что

неэндогенная униполярная депрессия является формой *негативного самогипноза* (концепция, объяснение которой будет дано позднее), которая ведет к диссоциации депрессивного аффекта.

Депрессия как диссоциация

Хилгард (Hilgard, 1986) описывает гипноз и другие родственные явления типа фуг, одержимости и расщепления личности в терминах *диссоциации* или *разделенного сознания*. Диссоциация, или гипнотическое состояние, рассматривается как когнитивный процесс, изменяющийся на своем протяжении от малого до большого. Теория также принимает во внимание концепции «самости» и «воли» и утверждает, что гипноз и другие диссоциативные переживания предполагают некоторую степень потери волевого контроля, или же контроль делится между сознательными и бессознательными процессами. Иерархическая модель представлена центральной контролирующей структурой (исполнительное эго) и различными подчиненными контролирующими структурами, каждая из которых имеет для связи с внешним миром собственные вход и выход. Хотя в нормальных условиях контроль осуществляет центральная структура, другие структуры способны возобладать над ней под действием гипнотических суггестии или других похожих процедур или ситуаций. И вот, безотносительно гипноза или диссоциации, Бек и др. (Beck et al., 1979) отметили, что постоянная, стереотипированная поглощенность депрессивного больного своими предъявляемыми негативными личными установками склонна усиливать подчиненные когнитивные структуры или схемы. Как только эти подчиненные системы оказываются установленными, они развивают определенную автономность: деятельность, которую они контролируют, выходит из-под волевого контроля (частично или полное-

104

Глава 4

тью), а связанные с ней переживания фиксируются вне нормального осознания (то есть диссоциированно с исполнительным эго).

Эта связь гипноза с депрессией может получить Дальнейшую поддержку от представлений Тарта (Tart, 1975) о состояниях сознания. Он проводит различие между *дискретными состояниями сознания*, *дискретными измененными состояниями сознания* и *базисными состояниями сознания*. Дискретное состояние сознания есть «уникальный, динамический паттерн конфигурации психологических структур» — такое, как состояние обычного бодрствования, сна и мечтаний. Дискретное измененное состояние сознания (д-ИСС) подразумевает состояние, которое отличается от определенного базисного сознания и обладает свойствами, порожденными процессом реструктурирования сознания или реальности. Другими словами, диссоциация, или д-ИСС, происходит вследствие изменения паттернов существующих ресурсов или когниций. Этот взгляд легко можно распространить на когнитивный процесс во время депрессии. В ответ на некое внешнее или внутреннее раздражение паттерны существующих когниций (негативных схем) пересматриваются (реструктурируются или искажаются), завершаясь депрессивным аффектом (д-ИСС). Тяжесть симптомов будет зависеть от продолжительности и масштаба изменения паттернов существующих схем.

Негативный самогипноз

Резонно, таким образом, предположить, что депрессивные и гипнотические состояния сопровождаются похожими когнитивными процессами. Однако между когнитивными содержаниями этих двух видов переживаний существует фундаментальное различие. Гипноз может вовлекать в процесс либо негативные, либо позитивные когниций (негативное или позитивное переживание), тогда как депрессия неизменно подключает негативные когниций (как правило, негативное переживание). Более того: гипноз является преходящим состоянием, индуцированным либо самостоятельно, либо со стороны, и с легкостью может быть прекращен (то есть субъект легко возвращается к базисному состоянию сознания). Депрессия явля-

105

ется *негативным самогипнозом* (НСГ) и так легко не прерывается. Араоз (Araoz, 1981) считает НСГ общим знаменателем для всех психогенных проблем. Согласно Араозу, НСГ состоит из бессознательных (автоматических) негативных установок и пораженческих умозрительных образов, которые индивид себе позволяет, в себе подогревает и над развитием которых зачастую напряженно работает, сознательно в то же время стремясь к лучшему самочувствию. Он призывает этот НСГ потому, что тот состоит из трех гипнотических элементов: 1) не критичного мышления, которое негативным образом активизирует подсознательные процессы; 2) активного негативного воображения; 3) могущественных постгипнотических суггестии в форме негативных

утверждений. Поскольку в депрессивных больных НСГ чрезвычайно активен, депрессивному состоянию нелегко положить конец. Вдобавок, по мере того как депрессивные лица склоняются к живым негативным фантазиям, они с легкостью *теряют контроль* над эмоциональными образами (см. Horowitz, 1972). В результате такой утраты контроля появляются искажение фактов, заблуждения и ошибки, ведущие к диссоциации аффекта и поддержанию депрессивной действительности.

Нейропсихологические параллели

Несмотря на то, что оба полушария головного мозга взаимодействуют друг с другом, существует разделение их функций в процессе обработки информации. Левое, или доминантное, полушарие занято вербальными, логическими и аналитическими перцепцией и когницией, тогда как правое, или недоминантное, полушарие специализируется в невербальной, эмоциональной и холистической оценке информации (Tucker and Frederick, 1989). Правое полушарие предрасположено к представлению информации в более негативных красках (Galín, 1974; Diamond et al., 1989) и фиксирует ее более интенсивно (Tucker and Frederick, 1989). Содержание, представленное в левом полушарии, оформлено, главным образом, в вербальную форму. Иными словами, сенсорное ощущение заменено внутренним кодом (семантика), тогда как мышление в правом полушарии является аналогичным (аффективное

106

Глава 4

или синкретическое представительство), то есть, речь идет о продолжительном и непосредственном зеркальном отражении качеств восприятия.

Нейропсихологические и нейрофизиологические исследования как гипноза (напр., Frumkin et al., 1978; Gruzelier et al., 1984; Gruzelier and Brow, 1985), так и депрессии (напр., Flor-Henry, 1976; Wexler, 1980) заставляют предположить, что оба эти состояния связаны с перераспределением мозговой активности в пользу ее возрастания в правом полушарии (или за счет снижения в левом). Существует, следовательно, нейропсихо-логический коррелят диссоциации/гипноза и депрессивной реальности, именно — правое полушарие. Склонность при гипнозе и депрессии к преобладанию прэвополушарных функций и вытекающая из этого недоступность для аналитического и разумного языка могут объяснить субъективное переживание как гипноза, так и депрессии.

Модель замкнутой обратной связи при депрессии

Понятия диссоциации и негативного самогипноза также могут быть включены в «Модель замкнутой обратной связи при депрессии» (МЗОСД) Бека (Beck, 1987), в дальнейшем развитую Шульцем (Schultz, 1978). МЗОСД предполагает, что между когницией и аффектом существует такое отношение взаимной поддержки, при котором не только мысли могут влиять на чувства, но и чувства способны воздействовать на мысленное содержание. Событие (ощущение, мысль, цель, ситуация, и т. д.) может активизировать негативную схему, которая вновь и вновь когнитивно воспроизводится (автоматическое когнитивное искажение, иначе говоря — индукция НСГ), что приводит к диссоциации. Поскольку, в силу НСГ, депрессивным лицам трудно отвлечь мышление и негативное воображение от отрицательных явлений жизни, они теряют контроль над эмоциональными образами, и это подкрепляет их постоянное депрессивное настроение, (Schultz, 1976), поддерживая, таким образом, их уверенность в депрессивном характере действительности (негативные утверждения или, в терминах модели диссоциации, постгипнотические суггестии).

Поэтому

107

депрессивные субъекты становятся весьма чувствительными к негативным и эмоциональным раздражителям: у них отмечаются низкий порог восприятия последних, а также стремление фокусироваться на аффективно родственных событиях (в соответствии со схемой самости). Такое фокусирование ведет к обедненному пониманию реальности и тем помогает поддерживать депрессивное состояние.

Клиническое применение: когнитивная гипнотерапия при депрессии

Диссоциативная модель депрессии, представленная выше, создает основу для такого подхода к лечению, который сочетает гипнотические и когнитивные процедуры с бихевиористскими техниками, благоприятными для удовлетворения потребностей депрессивных пациентов. Этот вид терапии, названный «когнитивной гипнотерапией при депрессии», обычно состоит из двенадцати еженедельных сессий с последующими контрольными и поддерживающими сессиями. Первые четыре предполагают сбор анамнеза, оценку, разъяснение когнитивной модели и когнитивной

терапии, а также тренинг отслеживания и оспаривания дисфункционального и депрессивно-генного мышления (когнитивное реструктурирование). Пациента знакомят также с набором адаптированных техник Оверлейда (Overlade, 1986), которые преподносятся как «первая помощь при депрессии»; вначале же его побуждают раскрыть свои эмоции и попытаться подключить свою позу, воображение и ключевые слова к преодолению острых депрессивных настроений. На пятой сессии осуществляется надлежащим образом оформленная гипнотическая индукция и даются эго-усиливающие суггестии (Hartland, 1971). Гипнотическая сессия записывается на пленку для ежедневного прослушивания. На последующих сессиях производится когнитивное реструктурирование с использованием воображаемых сцен, представленных пациентом. Существуют три дополнительные терапевтические процедуры, подключающие гипноз или фантазии, и мы сейчас рассмотрим их подробно.

108

Глава 4

1. Расширение осознания

Този и Бейсен (Tosi and Baisden, 1984) заявляют, что человеческие переживания могут пониматься, скорее, не в смысле расщепления сознания на сознательное и бессознательное, но в категориях времени и осознания. Время простирается от отдаленного прошлого до предполагаемого будущего, а осознание — от того, что по меньшей мере известно сознанию, до того, что полностью осознается (рис. 4.1).

Таким образом, поведение — не всегда ответ на непосредственную ситуацию, оно может также функционально зависеть от прошлого или будущего. Поскольку переживание основывается на прошлом или будущем, его можно расположить во временном континууме. Человек, однако, может полностью не сознавать эту связь и даже в пределах текущего момента не до конца воспринимать всю цепь когнитивных, аффективных и психологических реакций, которые он демонстрирует; переживание, таким образом, можно расположить в континууме осознания (см. рис. 4.1). Подобный взгляд на переживание учитывает каждый элемент событийно-когнитивно-чувствительной последовательности, какой только может быть в пре-



Рис. 4.1. Временной континуум и континуум осознания в человеческом переживании

109

лах любого квадранта временного континуума и континуума осознания. Он также подразумевает, что некоторые когнитивные процессы (например, искажения) могут протекать, будучи ниже порога осознания.

Гипноз предлагает механизм, посредством которого можно исследовать и разворачивать когнитивные искажения, находящиеся ниже порога осознания. Это достигается с помощью привлечения внимания пациента к психологическому содержанию каждого квадранта временного континуума и континуума осознания. Больного приглашают сфокусироваться на специфической зоне беспокойства, где представлены дисфункциональные когниции, или же побуждают перемещаться в пределах какого-либо из двух измерений (временного и осознания) вплоть до определения подобной зоны. Далее, как и на ранних стадиях лечения, пациенту предлагают оспорить когниции и затем обратиться к эмоциональным последствиям этих возражений. Другие гипнотические процедуры, подразумевающие раскрывающие или реструктурирующие процедуры, — такие как возрастная регрессия и прогрессия и индукция образа, можно использовать для изучения и реструктурирования неосознанных негативных схем. Пациентам обычно дают постгипнотические суггестии, предполагающие «позитивное фокусирование», и просят их как

можно чаще упражняться в таком фокусировании (иными словами, в воображаемом споре с негативными когнициями и переживании положительных последствий этого).

2. Индукция включения внимания и позитивного настроения

Депрессивные больные часто поглощены мыслями и картинками самоубийства, неспособности справиться с чем бы то ни было, невозможности снова быть правым, самообвинения и так далее. Подобные размышления могут, по сути, превратиться в навязчивость и способны затормозить терапевтический прогресс. Чтобы помочь больному обсессивной депрессией разорвать замкнутый ментальный круг и заменить негативные мысли позитивными переживаниями, ему советуют составить список из 10-15 приятных ощущений и «упражняться в удержании

110

Глава 4

каждого из них в сознании в течение 30 секунд». Пациента побуждают, во-первых, упражняться со списком от четырех до пяти раз в день и, во-вторых, отключить «от сознания» негативные или «нежелательные» ощущения (когда бы пациент их не испытывал) «и заменить их одним из приятных ощущений из списка».

3. Активно-интерактивный тренинг

Эта техника пытается сломать привычку к диссоциации и возбудить «ассоциации» со значимым окружением. Депрессивные больные, взаимодействуя с объектами их внутренней или внешней обстановки, стремятся, подобно невротикам, к *пассивной диссоциации*, а не *активной интеракции* с поступающей информацией. Под «активно-интерактивным» понимается бдительная «настроенность» на последнюю, тогда как пассивная диссоциация является стремлением поставить на якорь «внутреннюю реальность» (негативные схемы и переживания). Через пассивную диссоциацию человек создает автономную систему (расщепленное сознание), которая не имеет отношения к понятийной действительности, и это часто приводит к отходу от социума, коль скоро индивид не может «настроиться» на социальное взаимодействие.

Чтобы предотвратить пассивную диссоциацию, человек должен, во-первых, осознать, что подобный процесс имеет место, и во-вторых, активно попытаться его остановить. Как только пациент осознает этот процесс, ему рекомендуют а) отвлечься от «дурных якорей» и б) активно обратиться к соответствующим ключам. Другими словами, пациент учится активно использовать левое полушарие тем, что начинает мыслить аналитически, логично, реалистично и синтаксично.

Другие процедуры

Можно посвятить одну сессию тренингу навыков социального общения и уверенности в себе; с помощью гипноза пациента также обучают постановке адекватных и реалистичных целей и выработке благоприятных стратегий для их достижения. Кроме того, ему предлагают заняться ежедневными физическими упражнениями — бегом трусцой, спортивной ходьбой или гирями.

111

Последние изыскания

Депрессии посвящена обширная литература. Она описывает природу депрессии, различные методы классификации этого расстройства, эпидемиологические исследования, теории источников и причин депрессии и методы лечения. Нас интересует именно последняя область, но поскольку существует множество сообщений о конкретных случаях и описаний терапевтических стратегий (а сюда можно отнести и психоаналитическую литературу), мы обнаруживаем, что о контрольных клинических испытаниях психологических методов лечения до недавних пор было очень мало публикаций. Таким образом, весьма обнадеживающим оказалось знакомство с положительными результатами, которые были получены во время прекрасно организованных клинических испытаний когнитивной терапии применительно к депрессивным больным. Эти результаты позволяют провести выгодное сопоставление с фармакологическим лечением, особенно в плане частоты рецидивов. Важно при этом помнить, что когнитивная терапия дополняет, а не соревнуется с лечением антидепрессантами (Rush et al., 1977; Blackburn et al., 1981; Kovacs et al., 1981). Данная работа должна подтолкнуть тех, кто практикует гипнотерапевтические методы, к оценке эффективности их процедур в отношении депрессивных пациентов, но нам тем не менее все еще приходится ждать серьезного и обстоятельного исследования в этой области в противоположность, скажем, вопросам гипнотического лечения при психосоматических заболеваниях (см. главы 2 и 8).

Пока же Алладин (Alladin, 1989) на примере 20 пациентов провел неформальное сравнение описанного выше когнитивно-гипнотического подхода в терапии с когнитивной терапией Бека. На сегодняшний день результаты показывают, что при снижении депрессивных настроений между

этими двумя видами терапии нет различий. Видится, однако, что когнитивная гипнотерапия вызывает более быстрое улучшение, ведет к большему снижению тревоги и обеспечивает более глубокое, чем после когнитивной терапии, чувство уверенности в себе.

112

Глава 4

Будущие направления

По ряду причин качество литературы по гипнотерапии оказывается различным; налицо также чрезмерное доверие единичным случаям, взятым для иллюстрации. Тем не менее ценность последних заключается в том, что они предоставляют читателю возможность выбора техник, которые он вправе применить, сталкиваясь с похожим случаем в своей собственной клинической практике. В главе 2 техника была определена как процедура, специально нацеленная на ускорение желательных изменений в пациенте.

Предположение, что гипнотерапевтические техники — такие, как самогипноз, эго-усиление и методы пересмотра травматичных воспоминаний — часто ускоряют желательное изменение, должно быть в фокусе дальнейшего экспериментального исследования. В идеале мы должны сравнивать терапию, например, курс когнитивной терапии, в чистом виде с ней же, но в сочетании с отдельной гелиотерапевтической техникой типа эго-усиления или суггестии образа. Различие в результатах, свидетельствующее в пользу подключения техники, позволит терапевтам с уверенностью приобщить последнюю к их лечебной программе. Этот способ сравнения был неформально использован Алладином (см. выше) с некоторыми выгодными для гипнотерапии результатами, хотя в этом случае параллельно применялось несколько техник, и трудно оценить вклад каждой из них в отдельности.

Ясно, что данные, полученные при клинических испытаниях, в которых указанным выше образом сравнивались различные методы лечения, всего лишь накапливаются в течение длительного периода времени, а само по себе клиническое исследование не всегда дает исчерпывающие ответы. Одна из трудностей возникает в случае, когда отдельная техника — допустим, индукция образа — для некоторых пациентов ускоряет изменения, но на других влияет отрицательно. Совокупный подсчет покажет неэффективность этого вмешательства. Отсюда следует вопрос: «Для каких больных и в каких условиях процедура оказывается действенной?» Здесь прибегают к надежным оценочным процедурам совместно с пациентами.

Исследовать гипнотическую технику можно также путем наблюдения за тем, какое влияние оказывает на состояние больного задержка ее выполнения. Суггестию образа, следовательно, можно давать на раннем или на позднем этапе программы. Хотя при интерпретации полученных результатов приходится сталкиваться с логическими проблемами, отсутствие различий в степени улучшения поставит полезность процедуры под вопрос.

Литература по гипнотерапии также выиграет, если будет больше обращаться к единичным экспериментам, хотя для этого исследования подходят не все техники. Воздействие ежедневного прослушивания гипнотической аудиозаписи в сочетании с эго-усиливающими инструкциями можно оценить, периодически обращаясь к больному с просьбой отдать пленку, а после снова к ней вернуться. В этом случае опять возникают проблемы логического порядка, но если никаких измеримых изменений не происходит, полезность данной процедуры — по меньшей мере, для некоторых пациентов — берется под сомнение.

С помощью этих видов исследования, при сочетании групповых испытаний с единичными экспериментами, мы постепенно придем к более четкому пониманию вышеописанных гипнотерапевтических методов как дополнительных процедур в психологической терапии депрессивных больных.

Список литературы

Abraham, K. (1911) Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions, in K. Abraham (ed.) *Selected Papers on Psycho-analysis*, London: Hogarth Press.

Alladin, A. (1987) Cognitive-hypnotherapy: an integrated approach to the treatment of depression. Unpublished manuscript.

Alladin, A. (1989) Cognitive-hypnotherapy for depression, in D. Waxman, D. Pedersen, I. Wilkie and P. Mellett (eds) *Hypnosis: The 4th European Congress at Oxford*, London: Whurr Publishers.

114

Глава 4

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn (revised), Washington, DC-American Psychiatric Association.

- Araoz, D. L. (1981) Negative self-hypnosis, *Journal of Contemporary Psychotherapy* 12:45-52.
- Beck, A. T. (1967) *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*, New York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979) *Cognitive. Therapy of Depression*, New York: Guilford Press.
- Blackburn, I., Bishop, S., Glen, M., Whalley, L. J. and Christie, J. (1981) The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination, *British Journal of Psychiatry* 139: 181-189.
- Boyd, J. H. and Weissman, M. M. (1982) Epidemiology, in E. S. Paykel (ed.) *Handbook of Affective Disorders*, New York: Guilford Press.
- Burns, D. D. (1980) *Feeling Good: The New Mood Therapy*, New York: William Morrow.
- Burrows, G. D. (1980) Affective disorders and hypnosis, in G. D. Burrows and L. Dennerstein (eds) *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, New York: Elsevier Press.
- Degun, G. S. and Degun, M. D. (1977) Hypnotic abreaction: a case of an agoraphobic and claustrophobic patient. *Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis* 1: 5-6.
- Degun, M. D. and Degun, G. S. (1980). Hypnosis: An effective treatment for depression. *Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis* 3,18-19.
- Degun, M. D. and Degun, G. S. (1988) The use of hypnotic dream suggestion in psychotherapy, in M. Heap (cd.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Diamond, S. J., Farrington, L. and Johnson, P. (1976) Diffciling emotional response from right to left hemisphere. *Nature* 261: 690-692.
- Flor-Henry, P. (1976) Lateralized temporal-limbic dysfunction and psychopathology, *Annals of New York Academy of Science* 280:777-795.
- Freud, S. (1917) Mourning and melancholia, in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works, Vol. 14*, London: Hogarth Press.
- V)
- Frumkin, L. R., Ripley, H. S. and Cox, G. B. (1978) Changes in rebral hemispheric lateralisation with hypnosis, *Biological psychiatry* 13: 741.
- Galin, D. (1974) Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization, *Archives of General Psychiatry* 31: 572-583.
- Gallant, D. M. and Simpson, G. M. (eds) (1976) *Depression: Behavioral, Biochemical, Diagnostic and Treatment Concepts*, New York: Spectrum.
- Gibbons, D. E. (1979) *Applied Hypnosis and Hyperempiria*, New York: plenum Press.
- Gibson, H. B. and Heap, M. (1990) *Hypnosis in Therapy*, London: Lawrence Erlbaum.
- Gruzelier, J. H. and Brow, T. D. (1985) Psychophysiological evidence for a state theory of hypnosis and susceptibility *Journal of Psychosomatic Research* 29:287-302.
- Gruzelier, J. H., Brow, T., Perry, A., Rhonder, J. and Thomas, M. (1984) Hypnotic susceptibility: a lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis, *International Journal of Psychophysiology* 2:131-139.
- Hart, B. B. (1984). Hypnotic age regression of longstanding phobias: two case studies, *Proceedings of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, BSECH.
- Hartland, J. (1971) *Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications*, 2nd edn., London: Bailliere Tindall.
- Heap, M. (1984) Four victims, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 3: 25-27.
- Heap, M. (1985) Ego-strengthening: further considerations, *Proceedings of the Second Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, BSECH.
- Hilgard, E. R. (1986) *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, 2nd edn, New York: Wiley.
- Horowitz, M.J. (1972) Image formation; clinical observation and a cognitive model, in P. W. Sheehan (ed.) *The Function and Nature of Imagery*, New York: Academic Press.
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1981) *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3rd edn, Baltimore: Williams & Wilkins.

116

Глава 4

- Karle, H. W. A. (1988) Hypnosis in analytical psychotherapy, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.

- Kovacs, M., Rush, A. J., Beck, A. T. and Hollon, S. D. (1981) Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: a one-year follow-up, *Archives of General Psychiatry* 38:33-39.
- Kroger, W. S. (1977) *Clinical and Experimental Hypnosis in Medicine, Dentistry and Psychology*, Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Malmquist, C. P. (1970) Depression and object loss in psychiatric admissions, *American Journal of Psychiatry* 126:1782-1787.
- Matheson, G. (1979) Modification of depressive symptoms through post-hypnotic suggestion, *American Journal of Clinical Hypnosis* 22:61-64.
- Medical Research Council (1965) Clinical trial of the treatment of depressed illness, *British Medical Journal* 1:881-886.
- Mollica, R. R. (1989) Mood disorders: Epidemiology, in H. I. Kaplan and B. J. Sadock (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th edn, Baltimore: Williams & Wilkins.
- Motto, J. A. (1975) The recognition and management of the suicidal patient, in F. F. Flach and S. C. Draghi (eds) *The Nature and Treatment of Depression*, New York: Wiley.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D. and Lustman, P.J. (1984) Cognitive therapy and pharmacotherapy, *Archives of General Psychiatry* 41:33-41.
- Norman, W., Miller, I. W. and Klec, S. (1983) Assessment of cognitive distortion in a clinically depressed population, *Cognitive Therapy and Research* 7:133-140.
- Overlade, D. C (1986) First aid for depression, in E. T. Dowd and J. M. Healy (eds) *Case Studies in Hypnotherapy*, New York: Guilford Press.
- Parrv, G. and Brewin, C R. (1988) Cognitive style and depression: symptom-related, event-related or independent provoking factor? *British Journal of Clinical Psychology* 27: 23-25.
- Quitkin, F., Rifkin, R. and Klein, D. (1976) Prophylaxis of affective disorders. *Archives of General Psychiatry* 33: 337-341.
- Ross, P.J. (1985) Ego-strengthening: a critical view, *Proceedings of the Second Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, BSECH.

117

- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M and Hollons, S. (1977) Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients, *Cognitive Therapy and Research* 1: 17-37.
- Schultz, K. D. (1976) Fantasy stimulation in depression: direct intervention and correlational studies. Unpublished Doctoral Dissertation, Yale University.
- (1978) Imagery and the control of depression, in J. L. Singer and K. S. Pope (eds) *The Power of Human Imagination: New Methods in Psychotherapy*, New York: Plenum Press.
- Seligman, M. E. P. (1975) *Helplessness: On Depression, Development and Death*, San Francisco: Freeman.
- Stein, C. (1963) The clenched fist technique as a hypnotic procedure in clinical psychotherapy, *American Journal of Clinical Hypnosis* 6: 113-119.
- Stern, S. L. and Mendels J. (1980) Affective disorders, in A. E. Kazdin, A. S. Bellack and M. Hersen (eds). *New Perspectives in Abnormal Psychology*, New York: Oxford University Press.
- Tart, C. (1975) *States of Consciousness*, New York: Dutton.
- Teasdale, J. D. and Dent J. (1987) Cognitive vulnerability to depression — an investigation of two hypotheses, *British Journal of Clinical Psychology* 26:113-126.
- Tosi, D.J. and Baisden, B. S. (1984) Cognitive-experiential therapy and hypnosis, in W. C. Wester and A. H. Smith (eds) *Clinical Hypnosis: A Multidisciplinary Approach*, Philadelphia: Lippincott.
- Tucker, D. M. and Frederick, S. L. (1989) Emotion and brain lateralization, in H. Wagner and A. Manstead (eds) *Handbook of Social Psychophysiology*, New York: Wiley.
- Watts, N. F. and Nicoli, A. M. (1979) Early death of a parent as an etiological factor in schizophrenia, *American Journal of Orthopsychiatry* 49:465-473.
- Wexler, B. E. (1980) Cerebral laterality and psychiatry: a review of the literature, *American Journal of Psychiatry* 137: 279-291.
- Williams, J. M. G. (1984) *The Psychological Treatment of Depression*, London: Croom Helm.

5

Лэвил А. Алексанлер

ГИПНОЗ И ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

Введение

Термин «вредные привычки» не присутствует ни в классификации психиатрических заболеваний, принятой в Соединенном Королевстве (ICD9), ни в той, что используется в США (DSM-III-R).

Однако к данному термину обычно прибегают для описания определенной группы состояний, отличающихся «нездоровым повторяющимся поведением, которое, выражаясь феноменологически, не поддается контролю со стороны субъекта» (Citrenbaum et al, 1985). Такое поведение включает в себя вытягивание волос (трихотилломания), обкусывание ногтей, сосание большого пальца и чрезмерное употребление пищи, алкоголя и табака. В этой главе речь будет вестись о последней группе состояний, поскольку они чаще всего заставляют людей обращаться за помощью.

Поразительно, что в Британской специальной литературе есть только несколько упоминаний об использовании при этих состояниях гипноза, в противоположность ситуации, сложившейся в США, где клиницисты и исследователи регулярно сообщают о своих достижениях. Мы, однако, не будем выяснять причины такого различия. В данной главе автор

гипноз и вредные привычки 119

ставит перед собой пять целей: 1) описать некоторые особенности трех упомянутых привычек и методы их негипнотической коррекции; 2) указать несколько общих принципов наиболее частых гипнотических процедур; 3) описать некоторые виды специального применения данных процедур; 4) представить обзор последних научных достижений в этой области и 5) наметить определенные направления, в которых могли бы развиваться последующие исследования и клиническая работа.

Оставшаяся часть данного раздела будет, таким образом, посвящена современным взглядам на эти три привычки в плане их этиологии, проявления и (негипнотического) лечения.

Переедание

Переедание чаще всего рассматривается как проблема из-за его предполагаемой связи с ожирением. Наша культура в целом не одобряет излишний вес, однако наше в высшей степени амбивалентное отношение к пище представлено тем фактом, что средства массовой информации и реклама, с одной стороны, предлагают есть высококалорийную пищу, а с другой стороны, превозносят медицинские и сексуальные преимущества стройной фигуры. Сложная роль пищи в нашем обществе подчеркивается также тем, что ее, например, возможно использовать в качестве вознаграждения, источника удовольствия и средства демонстрации благополучия или социального статуса.

Несмотря на многочисленные исследования, связь приема пищи с тучностью не поддается простому объяснению. Некоторые исследователи подчеркивали роль таких физических факторов, как распределение жировых клеток и уровень обмена веществ. Другие обращали внимание на роль психологических и социальных факторов, предполагая (при скудных доказательствах), что по сравнению с людьми, имеющими нормальный вес, тучные индивиды едят больше, едят слишком быстро и едят не только в случаях, когда испытывают голод, но и при ощущении злости, тревоги или депрессии.

Вывод, который можно сделать в отношении этиологии тучности, является, со всей очевидностью, компромиссным, поскольку ожирение, вероятно, вызывается многими факторами.

120

Безусловную роль играет генетическая предрасположенность, и таким образом, неправильно и несправедливо называть полных людей просто «слабовольными обжорами». Нефизические факторы также оказывают свое влияние, однако до сих пор не получено свидетельства тому, что какая-либо отдельная черта характера связана с перееданием и ожирением.

Учитывая неясность причин, неудивительно, что предлагаются различные методы коррекции. Некоторое время было популярным медикаментозное лечение (особенно препаратами амфетаминовой группы), но продолжительность его эффекта не доказана, и оно может являться источником таких ятрогенных проблем, как зависимость. Находила себе поддержку и хирургия (вживление проволоки в челюсти и еюно-илеальное шунтирование), но в целом такие радикальные шаги уместны лишь в крайних случаях, когда к ним имеются серьезные медицинские показания. С некоторым успехом применялись простые психологические методы типа групповой поддержки и ведения дневника потребления пищи, равно как и система штрафов на случай, если пациенту не удастся достичь определенного веса. С появлением поведенческой терапии были испытаны более сложные методы. Одним из распространенных является контроль над стимулами, который основан на предположении, что переедание часто обусловлено определенными факторами окружающей обстановки (например, созерцание буфета или просмотр телепередач). Пациенты, таким образом, получают импульс есть только в особое время и в особых условиях. В стратегически важных местах можно также разложить специальные карточки с напоминаниями прекратить обжорство. Другие методы, сдаваясь под влиянием когнитивной терапии, были

направлены на изменение установок и мыслей пациентов. Тучные пациенты обычно придерживаются негативных и пораженческих установок: «Я жирный лентяй; таким меня никто не полюбит; я никогда не похудею». Когнитивные методы помогают пациентам пересмотреть эти негативные утверждения и приобрести более реалистичный взгляд на самих себя, свой мир и свое будущее.

Современные способы лечения проявляют также настороженность в плане социального аспекта проблем переедания и

гипноз и вредные привычки

121

контроля над весом. Время от времени — вероятно, лишь по невнимательности — супруги и прочие лица саботируют усилия пациентов (например, говоря им: «от одного кусочка торта ничего не случится»). По этой причине пациентам часто приходится записывать содержание социальных контактов, касающихся пищи, чтобы выявить такие влияния.

В качестве решения проблемы ожирения часто предлагают физические упражнения. Однако нет подтверждений тому, что «жир» можно просто «сжечь», и в любом случае режим упражнений соблюдается в целом плохо. С другой стороны, зарядка может быть полезной для повышения у пациента уровня обмена веществ и предотвращения потери здоровых тканей, не содержащих жира.

АЛКОГОЛЬ

Алкоголь применялся в религиозных обрядах, в качестве пищи и с целью анестезии, однако самым частым и извращенным использованием является прием его как токсичного психоактивного наркотика. Однако понятие «злоупотребление алкоголем» являлось предметом продолжительных дискуссий, а неточный термин «алкоголизм» оказался дискредитирован различными негативными дополнительными оттенками. «Проблемный пьяница» — вот современный термин, определяющий субъекта, чье пьянство ведет к порожденной алкоголем недееспособности, но который не достиг стадии алкогольной зависимости. Королевская коллегия врачей и психиатров предложила некоторые рекомендации, обозначающие в «алкогольных единицах» степень риска, развивающегося при употреблении алкоголя в различных дозах. (Под одной «алкогольной единицей» понимается полпинты пива или стандартная доза спирта, легкого вина или крепленого вина.) По мнению Коллегии, не представляют серьезной угрозы 21 или меньше единиц в неделю для мужчин и 14 единиц — для небеременных женщин. Риск нанести вред здоровью резко возрастает при показателе выше 50 единиц в неделю для мужчин и 35 единиц для женщин («высокая степень риска»). Количество поглощаемого алкоголя, находящееся между двумя крайними показателями, соответствует «сред-

122

Глава 5

ней степени риска». Однако мы не вправе считать, что риску подвергаются только строго определенные лица: не существует абсолютно безопасных доз, а воздействие алкоголя значительно изменяется с учетом возраста, пола, общего здоровья и прочих факторов.

Растущее беспокойство по поводу последствий злоупотребления алкоголем привлекло значительный интерес к средствам, которыми можно эффективно обуздать этот порок. Одним очевидным способом могло бы быть ограничение употребления алкоголя в обществе в целом, а не только теми, кто представляется входящими в группу риска. По-видимому, существует тесная связь между средним и чрезмерным потреблением алкоголя; часто ее называют гипотезой Ледерманна (Kendell, 1979). Согласно последней, с повышением среднего уровня потребления алкоголя число тех, кто им злоупотребляет, возрастает даже в большей степени. Однако изменение питейных традиций общества — задача не из простых.

В авангарде структур, оказывающих помощь проблемным пьющим, выступают добровольные общества, в особенности — Анонимные Алкоголики (АА), а также их менее известные ответвления *Al-Anon* и *Al-Alteen* для супругов и подростков соответственно.

Совершенно обычным явлением оказываются сейчас специальные союзы, где практикуются различные методы (в том числе поддерживающая и групповая психотерапия), имеющие целью помочь людям в их повседневной жизни, обеспечить им приемлемый микроклимат, а также представить способы существования без алкоголя. Было также опробовано множество бихевиористских методов, но ни один из вариантов лечения не доказал своего превосходства над другими. В течение некоторого времени отдавалось предпочтение методам, формирующим в больных отвращение к алкоголю, таким как электрошок, однако методики, которые показывают извлекаемые пациенту преимущества меньшего употребления алкоголя, оказались более

продуктивными. Одним из вариантов отвращающего подхода является применение антабуса (дисульфирама), который ежедневно дают пациентам: если на пике его действия пациенты употребят алкоголь, то разовьется бурная реакция, сопро-

123
отдающаяся тахикардией, покраснением лица, диспноэ и тошнотой из-за блокирования окисления алкоголя, что приводит к накоплению в организме ацетальдегида. Несмотря на критику, которой подвергается этот метод в связи с сопутствующим ему физическим риском, он, как дополнение к другим методикам, в силах помочь пациентам достигнуть воздержания, тем самым позволяя им ощутить физические, социальные и эмоциональные преимущества жизни без алкоголя, а также делая их более восприимчивыми к другим видам лечения.

Что же является целью терапии: полный отказ от алкоголя или умеренное питье (то есть питье в определенных предписанных границах)? Этот вопрос остался без ответа. Одно ясно, что какой бы ни была цель, для достижения стойких изменений в пристрастии к выпивке нельзя использовать простой, единичный подход, поскольку в этом участвуют (как отмечалось при рассмотрении передания) биологические, социальные и физиологические факторы.

Курение

Никотин, активный ингредиент табака, является высокотоксичным и вызывающим привыкание наркотиком, который, как теперь стало ясно, оказывает мощное стимулирующее воздействие на центральную нервную систему. Были предложены многие варианты причин, по которым люди продолжают курить, будучи прекрасно осведомлены о тесной связи курения с серьезными заболеваниями, включая сердечно-сосудистые и болезни органов дыхания. Так называемая модель пристрастия предполагает, что курение является просто способом поддерживать в крови определенную концентрацию никотина во избежание эффекта отмены (Russel et al., 1980). Согласно противоположной точке зрения, курение позволяет людям изменять свое психологическое состояние, уровень их возбуждения. Другие предполагаемые психологические причины включают в себя сексуальную сублимацию, давление окружающих и бессознательную тягу к саморазрушению.

Сначала свою эффективность, как и в борьбе с другими вредными привычками, подтвердили отвращающие методы, но затем такие подходы (в том числе предьявляемое пациен-

124

Глава 5

ту требование курить непрерывно в течение 20 часов!) были поставлены под вопрос не только по соображениям здоровья но и по причине их сомнительной пользы в отдаленной перспективе. Другие методы, такие как систематическая десенсибилизация, применяют, чтобы помочь курильщикам чувствовать себя более комфортно и расслабленно в обстановке, в которой прежде они непременно схватились бы за сигареты. В качестве альтернативы курильщики могут носить карточки-шпаргалки, напоминающие им о причинах необходимости расстаться со своей привычкой, а для того чтобы ограничить их курение конкретным временем или местом, можно прибегнуть к «запрограммированному курению». Можно также заключать с друзьями или семьей «контракты», в соответствии с которыми в качестве награды или наказания за соответственно желательные и нежелательные изменения в привычке курить будут применяться финансовые или иные санкции.

Были также разработаны фармакологические методы. Снискали популярность такие вещества, как лобелии, который во многом оказывает тот же эффект, что и никотин, но без серьезного побочного действия. Однако успех, которого добились с их помощью, оказался незначительным. Ближе к нашим дням был применен никоретт (никотин, смешанный со смолой) с целью помочь справиться с эффектом отнятия при попытках отказаться от привычки. К сожалению, эту смесь не слишком приятно жевать, и ее нельзя давать пациентам, страдающим язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки.

В общем, ни один из методов, в том числе даже те, что используются в специализированных клиниках, не был признан высокоуспешным. Сверх того, как и в случае с понижением дозы алкоголя, непонятно, всегда ли полный и внезапный отказ является более эффективным, чем постепенный отход, хотя некоторые возражают, что последний вариант продлевает агонию. (Следует учитывать такой фактор, как мастерская способность курильщиков изменять свое дыхание так, чтобы поддерживать оптимальную концентрацию никотина в крови.)

125

Выводы

Все попытки видоизменить указанные привычки объединяет единая мысль: необходимость избежать рецидива. Большинство практикуемых мер дает кратковременный эффект — открытие, выраженное скептическим замечанием Марка Твена: «Бросить курить легко. Я делал это сотню раз». Выдвигается много причин частых рецидивов. Были сделаны ссылки на эффект нарушенного воздержания, согласно которому в случае, если индивид хотя бы раз нарушает взятое в правило воздержание, то это правило обычно вообще перестает им выполняться. Другими факторами, которые принято считать важными в развитии рецидива, являются: 1) неспособность индивида терпеть неприятные последствия пониженного употребления наркотика; 2) изначально нереалистичные ожидания от лечения; 3) слабая уверенность в своей способности справиться с тяготами жизни без помощи пищи, алкоголя или сигарет; 4) мощное влияние общества и близкого окружения, склоняющее индивида продолжать злоупотребление; 5) неприятные аффективные состояния (тревога, депрессия и злость); 6) возможная ограниченность биологических резервов, подлежащих улучшению. (В отношении веса гипотеза установочной точки гласит, что наш вес биологически запрограммирован и будет стремиться к восстановлению вопреки всем попыткам его снизить.)

Гипнотерапевтические подходы: общие принципы

В этом разделе будут рассмотрены основные гипнотические приемы, которые применяются в борьбе с вредными привычками. Однако перед тем как к ним обратиться, полезно будет в первую очередь выделить рекомендации, которые находят широкую поддержку в плане применения этих методов в указанной области.

1. Как подчеркивал британский практик гипноза Эллиотт (Elliott 1988), вначале должен быть собран полный анамнез

126

Глава 5

в отношении привычки пациента и ее роли в его жизни включая ее воздействие на значимое окружение. Также следует исследовать мотивацию к перемене, ее вероятные последствия и факторы, которые «запускают» привычку или связаны с ней.

2. Пациентов следует избавить от неправильного понимания и тревог по поводу гипноза. Говоря конкретнее, они должны усвоить, что гипноз не является волшебным инструментом, который избавит их от вредной привычки без всякого усилия с их стороны. По этой причине некоторые авторитетные специалисты пропагандируют для гипноза модель навыков, подчеркивая, что гипноз по существу является способом самоконтроля и предполагает набор когнитивных приемов, которые пациент должен активно применять.

3. Между пациентом и терапевтом должен быть заключен контракт, в котором указываются: а) реалистичные краткосрочные и долгосрочные цели (краткосрочные, обеспечивая ранний успех, помогают сохранять мотивацию); б) взаимно одобренные санкции, которые наступят в случае срыва, или подготовка к лечению (например, период воздержания перед последним); в) четкое определение соответствующих роли и ответственности пациента и терапевта.

4. Поскольку предварительное воздержание является важным и в то же время трудновыполнимым действием, то в дополнение к любой специальной гипнотической технике пациенты нуждаются в усиленной поддержке и ободрении. Описать каждую из применяемых в этой сфере гипнотических техник невозможно, потому что их слишком много; в этом многообразии, однако, можно выделить три основных мотива, которые будут описаны ниже.

Изменение привычки с помощью прямой суггестии

Одним из простейших методов будет прямая суггестия пациентам того, что они бросят курить, переодеть или пить. Это может включать в себя живое воображение, в том числе отталкивающее представление рвоты и неприятных вкусов и за-

гипноз и вредные привычки

127

пахов. Миллер (Miller, 1976), широко известный сторонник от-вращающих методов, утверждает, что они оказываются особенно эффективными там, где потерпели неудачу другие. В целом, однако, большее предпочтение отдается позитивным суггестиям, подчеркивающим положительные приобретения, например, чистое дыхание, экономию средств и лучшее здоровье. Эллиотт (Elliott, 1988) также указывал, что больше следует заострять внимание на позитивных эмоциональных приобретениях типа повышенной уверенности в собственных силах, так как они проявляются быстрее, чем физическое улучшение. (Главным является достаточное знакомство с пациентом для того, чтобы определить, что именно окажется для него вознаграждением или позитивным закреплением.)

Существуют три фактора, которые делают отвращающие методы менее привлекательными, нежели прочие:

1. Они способны повредить здоровью пациента (например, повторные суггестии рвоты).
2. Предполагаемые негативные последствия часто противоречат собственным приятным ощущениям, которые испытывает пациент, предаваясь вредной привычке.
3. Фокусирование исключительно на отвращающих аспектах может помешать установлению между терапевтом и пациентом особо благоприятных взаимоотношений.

Другие суггестии, которые можно предложить людям, склонным к перееданию, внушают им желание есть не как обжоры, а как гурманы, смакуя каждый кусочек, тем самым усиливая сенсорные ощущения вместо чувства поглощения. Более образные методы включают в себя изменения в восприятии пациентом времени с тем, чтобы сузить временные интервалы между приемами пищи. Интенсификация желания может быть использована при работе с курильщиками, когда им предлагают сунуть в рот, но не зажигать, сигарету, а потом ее выбросить. Можно применить «замещение симптома», внушая за гипнотизированным пациентам, что всякий раз, когда им захочется выпить, они должны будут съесть кусочек молочного шоколада, что доставит им удовольствие и расслабит их. Делались также попытки изменить психологическое состояние пациентов. При работе с пациентами, склонными к перееданию, терапевт,

128

Глава 5

чтобы снять неприятный эффект отмены, может сперва индуцировать под гипнозом перчаточную анестезию и после предложить пациентам переместить ее в желудок во избежание «голодных болей». Подобным образом их можно непримиримо настроить по отношению к своим состояниям гнева, тревоги и голода, а также сузить круг ощущений и переживаний, на которые они отвечают чрезмерным употреблением пищи.

Однако критики замечают, что данные методы вызывают в пациентах сопротивление. По этой причине Эриксон (Erickson, 1964) разработал оригинальные методы, опровергающие данное возражение, используя при этом метафоры и высоко символические истории, в которых содержались скрытые послания пациентам и косвенное упоминание вредной привычки без противодействия ей напрямую. Для того чтобы понять этот необычный подход, читателю рекомендуется ознакомиться с указанными примерами.

Эго-возвышение и когнитивные методы

Методы, которые здесь описаны, в большей степени служат для изменения состояния пациента и лишь косвенно нацелены на устранение вредной привычки.

Одним таким методом предполагаются «эго-возвышающие», или эго-усиливающие, процедуры, при которых пациентам, введенным в гипнотическое состояние, даются серии суггестии для закрепления их чувства самооценности и уверенности в себе, а также для избавления их от тревог и эмоций, которые могут составлять подоплеку привычки (см. главу 2). Создание у пациентов подобных защитных ресурсов помогает также пережить переходный периодом котором привычки претерпевают изменение. Кроме того, при данном подходе можно использовать суггестии, данные под самогипнозом. Вдохновленные успехом когнитивного подхода при лечении депрессии и прочих расстройств в 1960-х и 1970-х годах, терапевты-би-хевриористы особенно расширили свое понимание гипноза как средства внушения более реалистичного стиля мышления и установок. Пациенты с вредными привычками слишком часто склонны к неточным заключениям и мыслям, например: «Я п-росто жирный лентяй, никто меня не полюбит, я никогда не

Гипноз и вредные привычки

129

изменяюсь», «Я просто пьяница, без выпивки мне ни за что не справиться с моей дневной работой». Проблемы пациента, отягощенные такими мыслями, имеют тенденцию к самовоспроизводству. Соответствующий метод подключает возрастную прогрессию, в процессе которой пациентов просят вообразить себя справляющимися с ситуациями (особенно высокорискованными), в которых прежде они прибегли бы к поеданию пищи, курению или выпивке. Пациентов можно также побудить отрететировать под гипнозом новую роль в качестве непьющих или еще чего-либо не делающих людей с тем, чтобы они предвидели возможные проблемы в будущем и загодя научились их преодолевать (например, предложение выпить на вечеринке). Важно помнить, что социум готовит много искушений и соблазнов тем, у кого есть проблемы с курением, перееданием и выпивкой.

Раскрывающий подход

Этот метод применения гипноза разработал сам Фрейд после того, как был разочарован в гипнозе как средстве суггестии избавления от неприятных симптомов. Он считал, что лечение не даст стойкого эффекта, если не разобраться с бессознательными конфликтами и потребностями, ведущими к развитию проблемы пациента. Эта проблема будет либо сохраняться, либо заместится другими симптомами (замещение симптомов), что в действительности подтверждается мало. Например, мотивы, лежащие в основе злоупотребления алкоголем, могут оказаться мощным, но не распознанным стремлением к саморазрушению, или, в случае ожирения, избыточные отложения жировых тканей могут быть защитой пациента от физической близости.

Таким образом, высказывается мнение, что возрастная регрессия выявляет бессознательные события, переживания или мотивы, которые могут лежать в основе вредной привычки. В соответствии с этим методом пациентов, находящихся под действием гипноза, просят предпринять путешествие в прошлое, выделяя важные этапы или события и вновь переживая связанные с ними эмоции. Это порождает возможность не

5 М. Хип

130

Глава 5

только катарсиса, но также переоценки события или переживания.

Шен (Schoen, 1985) полагает, что пациентов, пребывающих в гипнотическом состоянии, полезно также спросить, какими мотивами они руководствуются, когда саботируют попытки изменить свои привычки. В этом подходе содержится еще и любопытный парадокс, так как пациентов побуждают сознательно привести свои доводы в пользу сохранения пристрастия. Этим парадоксом может достигаться скрытая выгода: он позволяет пациенту по-новому думать о «запретном» предмете, так, что они обретают контроль над своей тягой, а не занимаются поисками обходных путей. Для самоконтроля пациентам важно обнаружить, что они способны думать, например, о еде, и это размышление не обязательно приводит к излишествам.

Альтернативная версия раскрывающего метода, произведенная частично от методик Эриксона и частично — от техник нейролингвистического программирования (Bandler and Grinder, 1982), была описана Цитренбаумом и др. (Citrenbaum et al., 1985). Эти авторы подчеркивают необходимость исследования в условиях гипноза причин, по которым пациенты находятся во власти вредной привычки, а также определения обстоятельств или ситуаций, к которым они прикреплены «якорями» (другими словами, чем они заняты, когда выпивают, едят или курят). Авторы настаивают, что необходимо идентифицировать вторичную выгоду, извлекаемую из привычки (момент, который зачастую упускают из вида многие исследователи и клиницисты). Дарит ли, к примеру, пациенту его привычка симпатию или внимание, которых он не получает в нормальных условиях? С помощью своего метода «реконструкции» Цитренбаум с коллегами внушают, что какие бы потребности ни удовлетворялись привычкой в прошлом, их можно также удовлетворить новым способом в будущем. Однако они делают важное замечание насчет того, что эти новые способы поведения должны совпадать с личностью пациента, стилем его жизни и так далее. Чтобы выяснить это, в гипнотических условиях производится «экологическая проверка», при которой пациентов просят представить себя в

Гипноз и вредные привычки

131

новом качестве и посмотреть, является ли оно для них приемлемым.

Очевидно, что существует много способов классификации различных (и временами уникальных) гипнотических методов, применяемых для лечения вредных привычек; мы представили лишь один из них. Более того, следует осознать, что, современные практические работники в большей степени склоняются использовать гипноз как дополнение к курсу лечения (для применения при работе с индивидуальными пациентами или в условиях группы), нежели под видом самостоятельной терапии.

Специальное применение

В этом разделе будет дано описание некоторых специальных техник, применяемых при лечении вредных привычек, связанных с перееданием, курением и пьянством.

Краткосрочные методы лечения

По ряду причин, и в том числе в целях экономии сил, неоднократно подчеркивалась ценность единичных гипнотических сессий (напр., Spiegel, 1970; Rabkin et al., 1984). Хотя здесь возможны разные варианты, включая использование магнитофонных записей, нижеследующий пример является вполне стандартным. Сначала необходимо ознакомить пациентов с принципами гипноза

и развеять их сомнения и неосведомленность. Затем им даются различные инструкции, в том числе:

Итак, смотрите на меня. Пока вы будете удерживать голову в таком положении, я буду считать до трех. Один, посмотрите наверх, в направлении бровей. Попробуйте еще больше заглянуть вверх и, пока будете продолжать смотреть вверх, два, медленно опустите ваши веки. Держите ваши глаза заведенными кверху и глубоко вдохните. Не дышите. Теперь, три, выдохните, дайте вашим глазам расслабиться. Держите ваши глаза закрытыми и позвольте вашему телу плыть.

(Spiegel, 1970, p. 239)

132

Глава 5

Пациенту, пока он находится в гипнотическом состоянии отдаются следующие приказания: «Один: для вашего тела, не для вас, для вашего тела курение — яд. Два: вам нужно, чтобы ваше тело жило. Три: вы обязаны обеспечить вашему телу выживание и защиту» (Spiegel, 1970, p. 241).

В отношении трех перечисленных стратегических приказаний существует интересное теоретическое дополнение. В противоположность обычному бихевиористскому подходу, которым подчеркивается само по себе изменение поведения, пациентам дается право выбрать самим, как им жить и как относиться к своим телам. Тем, кто недолюбливает авторитарный стиль отдачи гипнотического приказа (например: «Вы больше не будете курить»), этот подход может показаться более привлекательным, поскольку возлагает ответственность за изменение больше на пациента, чем на терапевта.

Красильник и Холл (Crasilneck and Hall, 1985) разработали свой собственный вариант. Пациентов необходимо сначала обследовать на предмет серьезного психического заболевания и после ознакомить с природой гипноза. На протяжении четырех гипнотических сессий пациентам нужно объяснять, как достигать под воздействием гипноза перчаточной анестезии и каталепсии руки. Как утверждается, достижение этих состояний показывает пациентам, в какой степени они могут управлять своими телами, и помогает внушить, что они способны держать под контролем свои привычки. Например, курильщикам, погруженным в гипнотическое состояние, дается ряд суггестии, в том числе:

Вы заблокируете тягу к табаку — привычку, которая заставляет ваши сердце и легкие работать гораздо больше, чем это необходимо... Вы не будете Чувствовать голода или есть сверх меры... Когда вы позволите вашему телу избавиться от этого нежелательного бремени курения, ваши легкие снова станут деятельными, красные кровяные клетки понесут больше кислорода ко всем жизненно важным органам, вы будете чувствовать себя бодрее и живее... Тяга к табаку будет минимальной и быстро дойдет до нулевой отметки.

(p. 225-226)

гипноз и вредные привычки

133

Те же авторы утверждают, что между полным отсутствием тяги к курению и ее уменьшением нет противоречия, так как нельзя не признать, что у некоторых пациентов она сохранится, и это не будет означать неэффективность суггестии. Веру субъектов в эти суггестии надо поддерживать даже при наличии тяги.

Красильник и Холл также расписали четкий порядок сессий. Первые три идут ежедневно одна за другой, затем делается месячный перерыв между предпоследней и последней сессиями. Кроме того, пациентам советуют связываться с терапевтом по телефону ежедневно в течение первой недели, дважды — в течение второй и один раз в неделю, предшествующую последней гипнотической сессии. Цель этих контактов — закрепление постгипнотических суггестии и желания пациентов бросить курить. Помимо этого, в случае, когда пациентам снова хочется закурить, им предлагаются ежедневные упражнения типа тех, в которых используется заменитель сигареты (например, коричневая палочка).

Отвращающие методы

Используя один из отвращающих методов, «закрепление внушенного рефлекса», предполагается дать пациентам глоток алкоголя в сочетании с рвотным средством, вызывая тем самым тошноту. Это устанавливает внушенную связь между алкоголем и плохим самочувствием: связь, которую можно закрепить постгипнотическими суггестиями, побуждающими пациентов вспоминать неприятный вкус, запахи и другие ощущения, если тяга к алкоголю возникнет вновь. Альтернативная отвращающая процедура — это предложение пациентам сделать глоток алкоголя из только что откупоренной бутылки и попросить их держать жидкость во рту, пока они в полной мере не ощутят чувство раздражения. При гипнозе им, однако, было сказано, что содержимое

являлось не алкоголем, а чем-то горьким и неприятным, вроде нашатырного спирта, лимонного сока или уксусной эссенции. Даются постгипнотические суггестии того, что всякий раз, когда пациенты подумают о выпивке или получают предложение выпить, они почувствуют тот же ужасный, горький вкус, который вызывал в них тошноту.

134

Глава 5

Давайте посмотрим, как эти методы могут быть модифицированы для борьбы с другими вредными привычками. Например, можно дать постгипнотические суггестии воздержания от употребления высококалорийной пищи: пациентам, находящимся в состоянии гипноза, будет сказано, что всякий раз, когда они начнут есть продукты, содержащие углеводы, они почувствуют ужасный привкус, а также появится отвратительный запах тухлых яиц, который вызовет тошноту. В сочетании с подходом такого типа часто также дают суггестии, укрепляющие веру пациентов в свою способность справиться с ситуацией и показывающие пути переориентации (сублимации) потребностей, лежащих в основе привычки, — например, оздоровительный спорт, работу или хобби.

В настоящее время отвращающие методы имеют меньше сторонников, нежели те, что акцентируют внимание на позитивных приобретениях, сделанных посредством изменения привычек. Последние методы связаны с суггестиями, повышающими в пациентах чувство самоуважения и решимость отказаться от привычки. Например, пациентам можно сказать (либо при живом общении, либо с помощью магнитофонной записи), что как только они перестанут пить, они будут чрезвычайно довольны собой и чувство их уверенности возрастет. В качестве альтернативы пациентам, страдающим ожирением, можно привести в гипнотическое состояние и попросить представить себя всеядными столько, сколько им хочется, а затем вообразить, как они, под восхищенные и одобрительные комментарии их друзей и семей, вступают на весы, показывающие нужное количество килограммов.

Дополнительные лечебные процедуры

Как уже было сказано, пациенты, страдающие от вредных привычек, часто являются жертвами своих собственных пораженческих, негативных ожиданий и пессимизма вследствие неоднократных срывов после завершения прошлых курсов лечения (хотя срыв иногда может происходить из-за их собственных нереалистичных ожиданий успешного результата). По этой причине некоторые терапевты призывают воздерживаться от полного запрета, поскольку любой рецидив, даже

гипноз и вредные привычки

135

малый, преувеличивается пациентом, и это может завершиться дальнейшим разочарованием. Другие методы сообщения мотивации пациентам предполагают совет тем, кто страдает ожирением, купить одежду идеального для них размера и держать ее на видном месте; кроме того, им рассказывают об успехах, достигнутых в прошлом другими пациентами (Wadden and Flaxman, 1981).

Также был сделан шаг навстречу более индивидуальному лечению, которое специально останавливается на личных мотивах пациента, побуждающих его бросить привычку, и на причинах ее возникновения. Пример подобного подхода подробно описан Кохрэном (Cochrane, 1987). Сокращенное изложение одного из случаев из его практики покажет, в чем он заключается. Пациенткой была 46-летняя сиделка, чей вес до лечения составлял 195 фунтов. В прошлом в семье ее родителей не было согласия, однако и в своем собственном браке, и в работе она была счастлива. Гипноз был использован, чтобы разобраться в некоторых семейных конфликтах, которые имели отношение к делу, а также лежавших в их основе проблем, связанных с питанием. Осознав лучше эти факторы, она сделалась более ранимой эмоционально, и следовательно, чтобы повысить ее чувство собственного достоинства и уверенности в себе, были подключены суггестии эго-возвышения. По ходу обращения к указанным темам от пациентки также требовалось придерживаться соответствующей диеты и программы упражнений: чтобы помочь себе в этом, она сама сделала аудиозапись. Отличительной чертой этого процесса было постепенное снижение веса, рассчитанное на продолжительный срок: быстрая и резкая его потеря не планировалась.

Таким образом, подводя итоги, можно сказать, что когда пациентка приобретала определенные инсайты, имеющие влияние на ее проблему, ей требовалось взять на себя значительную долю ответственности за свое собственное лечение. Пища больше не являлась посредником в решении ее вопросов.

Читателю, конечно, следует обратиться к оригинальным текстам, чтобы получить более полную информацию о применении гипноза, однако теперь ему будет полезно ознакомиться с литературой, которая оценивает эффективность подобных методов.

136

Глава 5 Л

Поисковые разработки

Значение открытий в данной области с трудом поддается оценке из-за методологических погрешностей (таких как отсутствие контрольных групп, разнородность выборки пациентов и неадекватные способы оценки результатов), сопровождающих многие исследования. Различно даже понимание «успешного» результата. В некоторых исследованиях успех определяется количеством пациентов, которые воздерживались от удовлетворения своих пристрастий до конца испытания, исключая тех, кто выпал из этого числа или с кем не удалось связаться в дальнейшем. Очевидно, что этот метод представит более благоприятную картину, чем она была бы, если бы процент успеха высчитывался, исходя из общего числа участников испытания. Также важна продолжительность последующего наблюдения, поскольку ранние достижения могут быть в дальнейшем перечеркнуты. Вероятно, именно эти обстоятельства являются причиной расхождений в результатах, заявленных при их более ранних обзорах. Например, Холройд (Holroyd, 1980), оценивая эффективность гипноза при работе с курильщиками, показывает, что доля успешных случаев, отмечающихся через шесть месяцев после лечения, колеблется от 4% до 88%.

Курение

При исследовании, в котором участвовали 300 пациентов, Барабаш и др. (Barabasz et al., 1986) сравнивали шесть различных лечебных методов, включая новейшее лечебное гипнотическое состояние, в котором пациенты подвергались сенсорной депривации (ограниченная экзогенная стимулирующая терапия). При контроле через шесть месяцев 47% пациентов, испытавших это состояние, не вернулись к курению, подтверждая тем самым точку зрения авторов, согласно которой сенсорная депривация повышает способность индивида отзываться на гипнотическую суггестию. Двумя другими факторами, которые могли способствовать хорошему результату, были «бустерные» сессии и опытность терапевтов. По-

Гипноз и вредные привычки

137

зитивной стороной этого исследования является то, что продолжительность лечения и опытность терапевта оценивались в различных лечебных условиях. Правда, пациенты, к сожалению, не помещались в эти различные условия в случайном порядке.

В другом исследовании (Rabkin et al., 1984) пациенты оказывались наугад приписанными к курсу с единичной сессией гипноза, оздоровительной группе, группе модификации поведения или контрольной группе. В качестве объективного оценочного показателя использовался, помимо ежедневных самоотчетов, уровень тиоцианата в сыворотке крови (содержание в плазме тиоцианата, метаболита цианида, повышается после курения). При контроле через шесть месяцев различий между пациентами из разных лечебных групп выявлено не было. На результат не влияли ни социоэкономический статус, ни наличие курильщика в семье пациента. Эти результаты, однако, следует принимать в расчет, держа в уме три отличительные черты исследования, именно: малые цифры, только один метод гипноза (метод Шпигеля) и в качестве контрольной — лишь группа отсроченного лечения, без группы плацебо участия. (Плацебо участия означает время, которое пациент проводит с терапевтом. Однако во время сессий терапевт не осуществляет активно никакого формального лечения.)

Более тщательная оценка гипноза была, однако, произведена Хаймэном и др. (Human et al., 1986), которые сравнивали единичные сессии Шпигеля с группой плацебо участия, с контрольной группой очередников и «фокусированным курением» (при котором пациенты курили, как обычно, но в то же время должны были думать об отвращающих аспектах этой привычки). Пациенты двух групп активного лечения, при оценке с помощью самоотчета, самомониторинга и химических анализов, продемонстрировали через шесть месяцев лучшие результаты, нежели те, что были в группах плацебо и контрольных группах, однако превосходство гипноза над иными методами активного лечения не подтвердилось. Однако более благоприятный результат был получен Уильямсом и Холлом (Williams and Hall, 1988) при использовании разновидности Метода Шпигеля (пациентов обучали упражнениям на релак-

138

Глава 5

сацию и глубокое дыхание, давали им эго-возвышающие инструкции и велели в случае, если они испытают желание закурить, выпивать стакан воды). Через 48 недель около половины пациентов не курили, но ни один из пациентов группы плацебо участия или контрольной группы очередников не смог отказаться от курения. (Впрочем, тот факт, что работодатели субъектов спонсировали лечение, может являться для них дополнительным мотивом получать терапию и добиться успеха из стремления порадовать свое руководство.)

Несмотря на то, что лечение посредством единичной сессии привлекло большое внимание простотой осуществления и достижения согласия, исследовалась также и роль гипноза как дополнения к более насыщенным терапевтическим программам. Франк и др. (Frank et al, 1986) подвергли пациентов, выбранных наугад, трем разновидностям терапии, предполагающим гипноз, с бустерными сессиями и без них, а также с поведенческими процедурами (такими, как управление обстановкой и контроль над стимулами) и без таковых. Результат оценивался по истечении трех и шести месяцев после терапии с использованием самоотчетов и уровня тиоцианата в сыворотке крови как объективного показателя при курении, однако между группами не было найдено никаких различий (в каждой группе приблизительно 20% пациентов бросили курить). Тем не менее данные показывают, что следует продолжить исследование ценности участия пациента в нескольких гипнотических сессиях, тесно примыкающих друг к другу Джеффри и др. (Jeffrey et al., 1985) изучали также значение возрастания количества сессий и сочетания гипнотических техник с когнитивными и поведенческими. В условиях группы такой подход привел по прошествии трех месяцев к 31% воздержания, но в контрольной группе не бросил курить ни один пациент. Вдохновленные этими первичными результатами, Джеффри и Джеффри (Jeffrey and Jeffrey, 1988) повторили комплекс лечебных процедур, дополнив их некоторыми отличиями. Поскольку, по их мнению, с проблемой следует вступить в единоборство как можно раньше и будет полезно дать пациентам шанс почувствовать власть над своей привычкой, в последнем запретили курить в течение 48 часов перед вторе-

139

«3 пяти лечебных сессий. Однако спустя три месяца при оценке выяснилось, что такая «терапия запретом» не привела к более высокому проценту бросивших курить: после лечения остались некурящими 24 пациента из группы запрета и 20 — из группы, в которой запрет не налагался.

В заключение скажем, что эффективность гипноза для достижения воздержания несомненна, что требует, в общем и целом, нескольких сессий, но поддержание изменений остается проблемой (упрек, который гипноз разделяет с другими подходами). Предполагалось влияние разнообразных факторов. Некоторые, например, изучали роль гипнабельности, и хотя были получены противоречивые результаты, создается впечатление, что низкая гипнабельность является плохим прогностическим признаком в отношении длительного воздержания. Тем не менее, невзирая на свой вклад, гипнабельность, вероятно, мало влияет на исход дела (Wadden and Anderton, 1982). Другими факторами, которые, как кажется, закрепляют воздержание, являются меньшее удовольствие, извлекаемое из привычки, практика самогипноза, «живой» гипноз в противоположность магнитофонным записям, поддержка группы, бустерные сессии, расширенные сессии и гипнотические суггестии, учитывающие потребности индивида.

Ожирение и переедание

Несомненно, что проблемы курения и переедания имеют между собой много общего, но есть одно различие: есть нужно всем, курить не обязан никто. Следовательно, если речь идет о еде, воздержание не должно являться целью, можно говорить лишь о снижении потребления пищи. Тем не менее многие из ранних гипнотерапевтических приемов похожи на те, что применялись с целью прекращения курения. В частности, исследователи старались выработать позитивную установку на выгоды от снижения веса вместо прямого фокусирования на его потере *perse* (Spiegel and Spiegel, 1978). Стэнтон (Stanton, 1976) использовал более тщательно разработанный метод, включавший эго-возвышающие суггестии того, что усилия, которые субъект предпринимает для снижения веса, увенчаются успехом. В частности, он обнаружил, что те, кто вносил плату, худе-

140

Глава 5,

ли больше, чем те, кто не платил. Подобно этому, Миллер (Miller, 1976) обнаружил, что отвращающие техники с суггестиями тошноты и рвоты при потреблении высококалорийной пищи позволили половине его пациентов поддерживать в течение года, по меньшей мере, 50% их потери в весе.

Неудивительно, что при встрече со столь сложной проблемой специалисты пытаются испробовать

комбинированные подходы. Кохрэн и Фризен (Cochrane and Friesen, 1986), к примеру, подчеркивают необходимость обращаться на разных стадиях лечения к поведенческим, диетологическим и психологическим аспектам. Используя гипноз как для раскрытия причин переедания, так и с целью самоконтроля и возвышения эго, они обнаружили, что при контроле через шесть месяцев после окончания лечения пациенты из лечебной группы достигли снижения веса на 18 фунтов в среднем, тогда как те, кто был в контрольной группе, ограничились лишь двумя. Это исследование показало также, что гипноз, применяемый главным образом как техника для самоконтроля, может быть эффективным. Интересно, что те, кто готов был взять на себя ответственность за изменение своего веса, преуспели больше, чем те, кто обвинял в неудаче метод лечения, а не самих себя. Впрочем, исследователями была предложена интересная точка зрения, согласно которой следует больше стремиться к умеренному снижению веса, которое легко закрепить, чем к значительному, поскольку неспособность его сохранить приводит пациента к ощущению краха. Хотя число участников исследования было невелико, Уодден и Флэксман (Wadden and Flaxman, 1981) сравнили гипноз со скрытым моделированием и релаксацией. При первых двух типах лечения пациентов просили представить себя питающимися правильно и радующимися этому факту. Однако в моделирующих группах никакого гипноза не было. В контрольной группе, где внимание уделялось релаксации, пациентов обучали возрастающему расслаблению и предлагали представить себя в спокойной обстановке (контролируя тем самым использование воображения). В каждом случае пациентов настраивали на достижение положительного результата. В конце семинедельного курса все группы демонстрировали значительную потерю веса, но различий между ними не

гипноз и вредные привычки

141

было; то же самое наблюдалось при контроле через 16 недель. Эти исследователи считают, что успеху гипноза могут способствовать неспецифические факторы, такие как ожидание и мотивация. Справедливость этого утверждения может быть поставлена под сомнение из-за малого числа участников и короткого катамнестического периода, однако вопрос, поднимаемый исследователями, представляется важным.

АЛКОГОЛЬ

Первые попытки применить в данном случае гипноз обычно предполагали простые суггестии того, что потребность пациентов в алкоголе снизится или же они сочтут алкоголь неприятным. Отвращающие методы, примененные Миллером (Miller, 1976), были объявлены особенно эффективными, с 60% успеха при контроле год спустя. Однако меньше доверия вызвала ценность долгосрочных отвращающих методов, а также тех, что целиком опираются на прямую суггестию. Поэтому для проблемных пьяниц была разработана более тонкая стратегия. Программа Габриновича отразила это смещение роли гипнотических методов (Gabryniewicz, 1977). Вначале, на протяжении первых шести недель, пациенты посещали еженедельные терапевтические сессии, за которыми следовали ежемесячные встречи и, наконец, встречи частотой раз в шесть месяцев в течение оставшегося года. Гипноз применялся для снижения тревоги и нахождения более эффективных способов борьбы с жизненными трудностями, чем употребление алкоголя. К сожалению, из-за различного катамнестического периода, малого числа пациентов (25) и отсутствия контрольной группы трудно проверить, насколько соответствует истине сообщение Габриновича о 76% воздержании от алкоголя.

В своем обзоре открытий, сделанных в результате экспериментов, Уодден и Пенрод (Wadden and Penrod, 1981) уделили пристальное внимание подобным утверждениям и подчеркнули необходимость критически оценивать методы, использованные в таких исследованиях, прежде чем доверять сообщениям об Успешном воздержании. Тщательно проведенные исследования не всегда выставляют гипноз в столь благоприятном свете. Эдварде (Edwards, 1966) подверг40 случайно отобранных пациен-

142

Глава 5

тов двум типам лечения, каждый из которых включал индивидуальную психотерапию, посещение общества Анонимных Алкоголиков и химиотерапию. Единственным различием было то, что только при одном из них использовался гипноз для повышения согласия пациентов с лечением и усиления их отвращения к алкоголю. Группы были подобраны по возрасту, длительности злоупотребления алкоголем, интеллекту и личностным особенностям. Отсутствие каких-либо различий при контрольной оценке привело Эдвардса к заключению, что гипноз как лечебная

процедура не имеет никаких особых преимуществ — вывод, к которому также пришли Джекобсон и Силь-фверскюлд (Jacobson and Silfverskiold, 1973), прибегнувшие даже к более широкой оценке поведения пьющих и последствий этого. Однако возможные недостатки этих исследований состоят в том, что они основывались на слишком коротких ка-тамнестических сроках, а также не учитывался фактор гипна-бельности.

Проблема, как и в случае курения и переедания, заключается в достижении стойких изменений в поведении и развитии установок на недопущение срыва. На современном этапе исследования факторы, от которых зависит более благоприятный прогноз, представляются следующими: искреннее желание прийти к воздержанию; по меньшей мере, умеренная восприимчивость к гипнозу; реалистичные терапевтические цели и фокусирование на преимуществах воздержания или позитивных изменений в себе, равно как и готовность столкнуться с трудностями, к которым они способны привести.

Будущие направления

История развития гипноза как лечебного средства была разнообразна: то он объявлялся панацеей от всех бед, то его высмеивали и отвергали как обман и бессмыслицу. Тем не менее даже в худшие для своей репутации времена гипноз продемонстрировал замечательную живучесть. Более того, из-за растущего желания многих, кто его практиковал, подвергнуть свои идеи и усилия систематическому эмпирическому анализу начала вырисовываться более правдоподобная картина его

143

ерапевтического потенциала. В предыдущем разделе было представлено подтверждение тому, что гипноз может быть эффективным методом, изменяющим отношение человека к алкоголю, табаку и пище. Однако это оставляет без ответа многие вопросы касательно природы самого гипноза. Малопонятным оказывается даже понятие «транса», так как в настоящее время не существует объективного, независимого коррелята этого состояния (если действительно имеет место особое состояние сознания). Точно так же мы не знаем характера связи между гипнозом и суггестией.

Относительно особого вклада гипноза в лечение вредных привычек существует ряд важных вопросов, к которым нужно обратиться, чтобы улучшить научные и клинические позиции гипноза в этой области и дать отпор эффективным, а иногда и возмутительным заявлениям, которые встречаются в средствах массовой информации и делаются некоторыми из тех, кто практикует гипноз.

1. Несмотря на то, что разработка всесторонних лечебных программ, в которых так или иначе применяется гипноз, оправдана их успехом в борьбе с вредными привычками, мы до сих пор ничего не знаем о непосредственном значении гипноза для изменения установок и поведения. Нам нужно знать действие не только его специфических факторов, но и значение факторов неспецифических (таких, как мотивация и ожидание), а также влияние опытности и компетентности самих терапевтов.

2. Мы должны узнать больше о связи индивидуальности пациента с особенностями вредного пристрастия, которое подвергается лечению. Очевидно, что не все индивиды с алкогольной, допустим, зависимостью одинаково реагируют на одно и то же лечение, но почему происходит именно так, далеко не ясно. Более того, в случае, например, ожирения есть основания считать, что последнее имеет свои разновидности (Cooper and Cooper, 1988). Ожирение, развившееся в детстве, и то, что возникло в зрелом возрасте, могут иметь различную этиологию, и следовательно, сочетание обоих типов в клиническом испытании приведет, скорее всего, к путанице в результатах.

144

Глава S

3. По-прежнему относительно неизученным вопросом является роль бессознательных побудительных сил и психопатологии в развитии и поддержании вредных привычек, а также характер влияния на них гипноза.

4. Каждый из этих аспектов связан с другой крупной проблемой: изучением факторов, которые влекут за собой отсутствие благоприятного результата. Не следует считать, что пациенты, не поддающиеся гипнотическому методу лечения, составляют однородную группу. Например, может быть некоторое различие между теми, кто не отреагировал на гипнотические суггестии потери веса в начальной стадии лечения, и теми, кто продемонстрировал хорошую реакцию вначале, однако в дальнейшем потерпел неудачу.

5. Работающие в этой области должны будут также продолжить свои попытки связать

терапевтические вмешательства с теоретическими аспектами развития и поддержания вредных привычек. Шен (Schoen, 1985) выделил одно из направлений дальнейших исследований, подчеркнув необходимость распознавать различные фазы восстановительного процесса. Он утверждает, что в различных фазах требуется проводить различные лечебные мероприятия. Имеется в виду, что, например, гипнотически индуцированная релаксация может помочь на стадиях отнятия, тогда как эго-возвышающие гипнотические суггестии могли бы сыграть большую роль в последующем воздержании.

6. Определенные гипотезы, лежащие в основе применения гипнотических суггестии, также должны подвергнуться анализу. Можно ли, к примеру, считать, что на суггестии, даваемые терапевтом, пациенты реагируют пассивно, а впоследствии действуют так, как ему было приказано? В высшей степени маловероятно, чтобы дело во время гипноза обстояло именно так, поскольку восприятие является активным процессом. Тем не менее мы до сих пор не знаем, как субъекты модифицируют и интерпретируют данные им суггестии и влияют ли эти их действия на результат. Следовательно, Шихан (Sheehan, 1986) прав, предполагая, что мы рассматриваем индивидуальные различия в реакции на суггестии в когнитивном стиле.

Гипноз и вредные привычки

145

Чтобы ответить на эти и некоторые другие важные вопросы, требуется усовершенствованная методология. Задача эта, безусловно, трудна, особенно в клинических условиях, где гораздо сложнее, нежели в лаборатории, контролировать влияние посторонних факторов. Необходима подробная характеристика изучаемым явлениям. Описание пациента, страдающего ожирением или избыточным весом, слишком мало говорит нам о тяжести или природе нарушения. Таким же образом должны быть точно описаны методы гипнотической индукции и характер процедур, для того чтобы их можно было воспроизвести в дальнейшем. Следует продолжить разработку более надежных и точных способов оценки изменений в поведении и установках применительно к вредным привычкам. Невзирая на то, что самоотчет пациента является удобным и широко практикуемым способом, по ряду причин он может вводить в заблуждение. Таким образом, везде, где только возможно, следует пользоваться объективными показателями.

Важным моментом является также определение успеха и неудачи. Полное воздержание от табака и алкоголя представляется наглядным достижением, однако в случае с пищей оно невозможно, и следует прибегнуть к иным критериям оценки. Достойно упоминания также то, что существуют степени успеха, которыми не стоит пренебрегать. Например, снижение потребления алкоголя и табака у 90% зависимых все-таки лучше, чем ничего, а полное воздержание на протяжении хотя бы 6 месяцев лучше, чем полное его отсутствие.

Существует необходимость в большем числе исследований, в которых пациенты, отобранные с учетом различных критериев, таких, например, как тяжесть расстройства, наугад подвергаются различным методам лечения, а также контролю очередников и плацебо участия. Также необходим сбор долгосрочных катанестических данных, поскольку постоянно обнаруживается, что многие вмешательства эффективны на протяжении нескольких недель или месяцев, со срывами, фиксируемыми по прошествии года. Исследователи должны разработать методы для предотвращения срывов и поддержания позитивных перемен.

146

Глава 5

Многие из этих и других разработок будут ускорены в силу более тесного сотрудничества между обычными врачами и врачами-бихевиористами. По мере того как терапевты-бихевиористы начинают уделять больше внимания гипнозу, можно предвидеть дальнейшее развитие сотрудничества и обмена мнениями. Возможно подтверждение роли гипноза как клинического инструмента, пригодного лишь для улучшения лечебных методов, а не как самостоятельной разновидности лечения (Spinhoven, 1987), но даже при таком более ограниченном значении гипнотические феномены заслуживают научного и клинического исследования. Вредные привычки доказали свое право считаться достойными противниками любой формы лечения; любой метод, который обнаружит некоторую терапевтическую ценность, подлежит пристальному рассмотрению.

Литература

Bandler, R. and Grinder, J. (1982) *Refraining: Neuro-linguistic Programming and the Transformation of Meaning*, Moab, Utah: Real People Press.

Barabasz, A. R., Baer, L., Sheehan, D. V. and Barabasz, M. (1986) A three-year follow-up of hypnosis

- and restricted environmental stimulation therapy for smoking, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 34:169-181.
- Citrenbaum, C M, King, M. E. and Cohen, W. I. (1985) *Modern Clinical Hypnosis for Habit Control*, London: Norton.
- Cochrane, G.J. (1987) Hypnotherapy in weight-loss treatment: case illustrations, *American Journal of Clinical Hypnosis* 30: 20-27.
- Cochrane, G.J. and Friesen. J. (1986) Hypnotherapy in weight loss, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54:489-492.
- Cooper, P.J. and Cooper, Z. (1988) Eating disorders, in E. Miller and P. J. Cooper (eds), *Adult Abnormal Psychology*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Crasilneck, H. B. and Hall, J. A. (1985) *Clinical Hypnosis: Principles and Applications*, 2nd edn, New York: Grune & Stratton.
- Edwards, G. (1966) Hypnosis in treatment of alcohol addiction: controlled trial, with analysis of factors affecting outcome, *Quarterly Journal of Studies of Alcohol* 27: 221-241.
- 2.,,нoзи вредные привычки 147
- Elliott, J. (1988) Hypnotherapy for compulsive smokers, *Hypnos* 15: 87-92.
- Erickson, M. H. (1964) An hypnotic technique for resistant patients: the patient, the technique and its rationale and field experiments, *American Journal of Clinical Hypnosis* 7:8-32.
- Frank, R. G., Umlaut, R. L., Wonderlich, S. A. and Ashkanazi, G. S. (1986) Hypnosis and behavioral treatment in a worksite smoking cessation project, *Addictive Behaviors* 11:59-62.
- Gabrynowicz, J. (1977) Hypnosis in a treatment programme for alcoholism, *Medical Journal of Australia* 64: 643-656.
- Holroyd, J. (1980) Hypnosis treatment for smoking: an evaluative review, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 28: 341-357.
- Hyman, G.J., Stanley, R. O., Burrows, G. D. and Home, D.J. (1986) Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement, *Addictive Behaviors* 11: 355-365.
- Jacobson, D. D. and Silfverskiold, N. P. (1973) A controlled study of hypnotic method in the treatment of alcoholism, with the evaluation by objective criteria, *British Journal of Addiction* 68: 25-31.
- Jeffrey, L. K. and Jeffrey, T. B. (1988) Exclusion therapy in smoking cessation: a brief communication, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 36: 70-74.
- Jeffrey, T. B., Jeffrey, L. K., Greuling, J. W. and Gentry, W. R. (1985) Evaluation of a brief group treatment package including hypnotic induction for maintenance of smoking cessation: a brief communication, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 23: 95-98.
- Kendell, R. E. (1979) Alcoholism: a medical or a political problem? *British Medical Journal* 1:367-371.
- Miller, M. M. (1976) Hypno-aversion treatment in alcoholism, nicotineism and weight control, *Journal of the National Medical Association* 68:129-130.
- Rabkin, S. W., Boyko, E., Shane, F. and Kaufret J. (1984) A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behavior modification, health education or hypnosis, *Addictive Behaviors* 9:157-173.
- Russell, M. A. H., Raw, M. and Jarvis, M.J. (1980) Clinical use of nicotine chewing gum, *British Medical Journal* 280:1599-1602.
- 148
- Глава 5
- Schoen, M. (1985) A conceptual framework and treatment strategy for the alcoholic urge to drink utilizing hypnosis. *International Journal of the Addictions* 20: 403-415.
- Sheehan, P. W. (1986) An individual difference account of hypnosis, in P. L. N. Naish (ed.) *What is Hypnosis? Current Theories and Research*, Milton Keynes: Open University Press.
- Spiegel, H. (1970) A single treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 18: 235-250.
- Spiegel, H. and Spiegel, D. (1978) *Trance and Treatment. Clinical Uses of Hypnosis*, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spinhoven, P. (1987) Hypnosis and behavior therapy: a review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 35:8-31.
- Stanton, H. E. (1976) Fee-paying and weight loss: evidence for an interesting interaction, *American Journal of Clinical Hypnosis* 19:47-49.
- Wadden, T. A. and Anderton, C. H. (1982) The clinical use of hypnosis, *Psychological Bulletin* 91:215-

243.

Wadden, T. A. and Flaxman, J. (1981) Hypnosis and weight loss: a preliminary study, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 24:162-173.

Wadden, T. A. and Penrod, J. H. (1981) Hypnosis in the treatment of alcoholism: a review and appraisal, *American Journal of Clinical Hypnosis* 24:41-47.

Williams, J. M. and Hall, D. W. (1988) Use of single session hypnosis for smoking cessation, *Addictive Behaviors* 13: 205-208.

6

Барри Б. Харп ГИПНОЗ И БОЛЬ

Введение

Боль — чрезвычайно частое человеческое ощущение, требующее от людей огромных затрат внутренних ресурсов, денег и энергии в попытках понять ее и обрести контроль над страданиями, которые она приносит. Непропорционально большое количество времени, расходуемое врачами на преодоление боли, логически укажет на центральное место, которое она занимает в системе медицинского образования, причем больший упор здесь делается на диагностике и лечении органической патологии (Galvin and Thompson, 1984). Таким образом, передовые медицинские работники зачастую продолжают трудиться, исходя из устаревшей и неверной специфической модели, которая представляет болевое ощущение в виде простой линейной функции, производной от раздражения множества периферических болевых рецепторов. Не принимая во внимание центральные механизмы передачи и модуляции боли, заявленные в «теории ворот» Мельзаком и Уоллом (Melzack and Wall, 1965), медицинская общественность часто продолжает просто практиковать хирургические и лекарственные методы лечения хронических болевых состояний, невзирая на отсутствие свидетельств в поддержку этой формы терапии. К счастью, социальные и психологические воздействия на

150

Глава 6

болевое восприятие были распознаны более информированными специалистами в области боли, которые признали необходимость использования при хронических болях «множественной сочетанной терапии» (иными словами, сочетания различных лечебных подходов) (Melzack and Wall, 1982). Отсутствие четкой связи между болезненными раздражителями и субъективным переживанием боли (то есть «загадка боли») привело Мельзака и Уолла к выдвигению в 1965 г. революционной «теории ворот», подразумевающей доверие к психологическим вмешательствам. Данная теория предполагает, что от болевых рецепторов импульс проходит через воротный механизм, расположенный в спинном мозгу. Эти ворота могут быть открытыми или закрытыми в зависимости от распределения возбуждения в восходящих и нисходящих пучках нервных волокон. Таким образом, ворота могут испытывать воздействие как периферической реакции на болевое раздражение, так и высшей мозговой деятельности типа когниции и эмоций.

Исходя из наших задач, боль будет рассматриваться как многомерное психобиосоциальное переживание, включающее реальный сенсорный импульс, эмоциональные факторы (такие как страдание, страх, ожидание, настроение, тревога, напряжение, суггестия, память и мотивация) и социальные компоненты (например, результаты влияния культуры и окружающей обстановки). Гипноз определяется здесь как измененное состояние сознания, отличающееся искажением ощущений, восприятия и памяти, включая поведение, которое воспринимается как произвольное и предоставляющее больший доступ к бессознательным процессам.

В этой главе будет дан обзор разновидностей психологического лечения (гипнотического и негипнотического) при острых и хронических расстройствах, сопровождающихся болью. Хотя речь пойдет о когнитивно-поведенческих методах, акцент будет сделан на тех гипнотических подходах, которые практикуются в Великобритании. Будут представлены ссылки на американский опыт, но лишь в той мере, в какой он повлиял на заокеанскую практику. Проведенный в 1989 г. опрос 350 членов Британского общества экспериментального и клинического гипноза показал, что в то время как многие клиницисты из этой страны

оименяют гипноз с целью обезболивания, лишь некоторые из «их систематически изучают его эффективность. Тем не менее исследования, которые рассматриваются ниже, существенно дополняют наше понимание применения гипнотических техник к болевым состояниям. Глава завершится обсуждением поисковых работ и будущих разработок.

Гипноанестезия

Несмотря на то, что Эсдейл свыше 140 лет тому назад использовал месмеризм в качестве

единственного средства анестезии при более чем 300 хирургических операциях, развитие дыхательной анестезии в XIX веке нанесло смертельный удар этой форме «безболезненной хирургии», которая была гораздо менее надежна и осуществима, нежели анестезия эфиром или хлороформом. И все же гипноз продолжали практиковать, а в последние 25 лет он получил новое право на жизнь как средство контроля над болью, поскольку психологические переменные предстали в свете важных факторов, определяющих болевые ощущения.

1970-е гг. продемонстрировали стремительный рост интереса к применению гипнотерапии в лечении как психологических, так и соматических расстройств. Хотя она сделалась законным терапевтическим инструментом в арсенале протршоболевых средств, тема продолжала изобиловать исследованиями анекдотичных случаев, касавшимися преимущественно клиницистов. Тем не менее, как было показано Хартом (Hart, 1984), гипноз по-прежнему не используется в полной мере даже в противоболевых клиниках, что объясняется следующими обстоятельствами:

1. Убежденность в том, что гипноз отнимает много времени.
2. Неверие в его эффективность.
3. Неправильные представления о природе гипноза.
4. Прошлые клинические неудачи.
5. Боязнь насмешек.
6. Развитие химических анестетиков.
7. Слабая гипнотерапевтическая подготовка студентов общего лечебного профиля и стоматологов, вопреки одобрению

152

Глава 6 .-

данной учебной программы Британской медицинской академией в 1955 г.

Область лечебного гипноза остается, однако, волнующей и многообещающей, так как «никакая другая психологическая техника не является столь действенной в создании комфорта из дискомфорта, при полном отсутствии вредных побочных эффектов, которыми сопровождается медикаментозное лечение того же уровня эффективности» (Barber, 1986, p. 151).

Психологические подходы к острой и хронической боли

Согласно Пирсу и Ричардсону (Pearce and Richardson, 1987), сравнительно до недавних пор лечение органической патологии не проводилось с использованием психологических подходов. Однако клиницисты признали важную роль психологии в оценке и лечении боли с учетом того, что современные теории боли предполагают важность психологических факторов в ее восприятии, к тому же медикаментозное лечение мало что может предложить пациентам, страдающим хроническими болями. Известно, что острая боль, считающаяся предсказуемой, кратковременной и выполняющей сигнальную функцию, обычно хорошо поддается традиционным медицинским процедурам. В последнее время накапливаются свидетельства в пользу того, что просвещение и подготовка пациента вместе с проигрыванием стратегий борьбы, включая гипнотические методы, в силах значительно повысить способность пациента эффективно противостоять острым пагубным раздражителям (Zeltzer and LeBaron, 1986). Гипнотическими методами можно существенно облегчить острую боль при хирургических вмешательствах, родах, послеоперационный болевой синдром, ал-годисменорею, головную боль и боли при ожогах (Hilgard and Hilgard, 1975, 1983).

Хроническая боль, определяющаяся как непредсказуемая, длящаяся по меньшей мере шесть месяцев, не поддающаяся традиционным медицинским процедурам и не имеющая сигнального значения, является гораздо более сложной и оказывает общее воздействие на существование индивида. Тем не менее гипноз в качестве дополнения к программе реабилита-

153

ции, включающей психотерапию и когнитивно-поведенчес-ую коррекцию, может в значительной мере помочь клиницисту в эффективном лечении заболевания, вызванного, например, спинальной травмой, раком, артритом, ревматизмом, невралгиями и абдоминальными болями неизвестного происхождения.

Бейкер (Baker, 1987) утверждает, что рост интереса к гипнотерапии, отмечающийся в последние годы, во многом обязан тому обстоятельству, что посредством тщательной экспериментальной работы гипноз стал явлением измеряемым. В этом смысле Хилгард и Хилгард (Hilgard and Hilgard, 1975, 1983) неоднократно показывали четкую взаимосвязь между степенью гипнабельности и откликом на гипнотическую суггестию анальгезии и анестезии. От 5% до 20% населения считается достаточно гипнабельным, чтобы с пользой для себя получать гипнотическое противоболевое

лечение. Однако во многих исследованиях рассматривалась боль, вызванная экспериментально, и в этом они сильно расходятся с клинической ситуацией, в которой пациенты мотивированы в высшей степени, поскольку боли ежедневно отравляют их существование.

Растущее число клиницистов, подпавших под влияние позднего Милтона Эриксона, заявляет, что клинически гипнабельность не влияет на способность человека использовать гипноз для контроля над болью в том случае, если применяются непрямые, рекомендательные и натуралистичные суггестии (Barber J., 1980). В то время как Бейкер (Baker, 1987) соглашается с тем, что современная тенденция предполагает отказ от регрессивных, раскрывающих и абреактивных аспектов гипноза в сторону более рекомендательных и гуманных подходов в помощи клиентам использовать их собственные внутренние ресурсы для решения проблем. Он также опасается, что культ, выросший вокруг имени Эриксона, несет угрозу нового затемнения смысла гипноза.

Орн (Огне, 1983) предполагает, что гипнабельность, вероятно, имеет большее отношение к смягчению боли в случае, когда терапия нацелена на изменение физиологических реакций, связанных, в частности, с острой болью. Для хронической боли восприимчивость к гипнозу является, возможно, не столь

154

важной, поскольку больший интерес представляют изменения мотивации, ожидания, установок и отношения. Имеется убедительное подтверждение тому, что гипноанестезирующее воздействие происходит не просто из-за релаксации или плацебо (Hilgard, 1980, Огне, 1980). В то время как когнитивные методы могут использоваться в пределах гипнотического контекста, гипноз не является когнитивной терапией, а скорее, про-изводит эффектный сдвиг в сознании, влекущий за собой изменение ощущений и восприятия (Barber T., 1986)^ Орн (Огне, 1983) утверждает, что гипноз, возможно, не поможет в лечении функциональных болей, однако в настоящее время многие клиницисты ставят под вопрос полезность или фактическую истинность различения органической и психогенной этиологии боли. Это означает, что поскольку большинство случаев острой боли обязано своим происхождением чувствительному импульсу, на ее восприятие значительно влияет прошлое болезненное ощущение, а также страх, тревога и ожидание. Хроническая боль очень сильно зависит от таких психологических факторов, как социальные последствия проявления болевого поведения и настроения. Немаловажную роль здесь также играют вопросы компенсации и судебные разбирательства. Существуют, таким образом, психологические аспекты всех переживаний, предполагающих боль.

Когнитивно-поведенческие методы

Согласно Уордлу (Wardle, 1988), Мельзаку и Уоллу (Melzack and Wall, 1965), когнитивная оценка боли как воздействия высшего центрального процесса на субъективное переживание выступает параллельно когнитивной концепции боли, на которой основаны программы когнитивной терапии (Meichenbaum and Turk, 1976). Эта модель предполагает, что боль сопровождается мыслями и образами, которые связаны с искажениями как позитивного, так и негативного толка, способными влиять на переживание боли и болевое поведение. Различные виды психологического лечения можно подразделить в соответствии с точками их приложения (Пирс, Реагсе, 1984). Табл. 6.1 показывает, что предметами терапии выступали сенсорный импульс (то есть физиология), когниции (субъек-

155

тивные переживания) и последствия (имеются в виду поведенческие), на которые воздействовали соответственно с помощью тренинга релаксации, биологической обратной связи и гипнотерапии; когнитивно-поведенческой терапии и психотерапии, а также путем подготовки к внезапным ситуациям. Хотя первоначально Пирс (Reagse, 1984) не выделил гипноз в качестве средства воздействия на чувствительный импульс, теперь уже имеются многочисленные свидетельства, подтверждающие возможность достижения с помощью гипнотической суггестии соматосенсорных изменений, особенно при острой боли (Hilgard and Hilgard 1983).

Таблица 6.1

Психологические подходы к лечению боли

Компоненты боли	Психологическое лечение
-----------------	-------------------------

Физиологические (например, повреждение тканей; изменения кровотока, электромиографические показатели)	Тренинг релаксации Биологическая обратная связь Гипнотерапия Когнитивные методы, «обращенные к боли» Гипнотерапия
Субъективные переживания (напр., ощущения или чувства боли, или дискомфорта)	Подготовка к внезапным ситуациям (оперативное кондиционирование)
Поведенческие (напр., гримасы боли, прием таблеток)	

Достоверная взаимосвязь между напряжением и болью не была продемонстрирована убедительно, однако существуют сообщения о пользе релаксации и биологической обратной связи для снижения боли. Поскольку не было получено данных в поддержку превосходства ЭМГ-биологической обратной связи (воздействия изменений мышечной активности) над тренингом релаксации при снижении головных болей, Чесни и Шелтон (Chesney and Shelton, 1976) сочли оба метода эффективными при понижении частоты головных болей, их тяжести и зависимости от лекарств. Несомненно, что тренинг общей релаксации помогает при головных болях, связанных с артериальным давлением, и во многом превосходит терапию, проводимую только медикаментозными средствами (Blanchard et al., 1979).

156

Турк и Генест (Turk and Genest, 1979) суммировали когни* тивные стратегии, которые использовались при экспериментальном анализе изменений субъективных аспектов боли. Эти стратегии представлены в табл. 6.2.

Таблица 6.2

Когнитивные стратегии, применявшиеся в лечении боли

Стратегия	Задача	Пример
Воображаемое невнимание	Воображаемые сцены, несовместимые с болью	Лежание на берегу
Воображаемая трансформация	Переоценка ощущений как менее мучительных	Покалывание, онемение, тепло, холод
Трансформация контекста	Воображаемые ощущения, происходящие в иной, более устраивающей обстановке	Лепка снеговика, шпион стреляет в руку
Разделение внимания а) внутреннего б) внешнего	Обращение к альтернативным мыслям Обращение к альтернативному внешнему событию	Счет в уме, повторение стихотворения Пересчитывание плиток на потолке, фокусирование на внешнем объекте
Соматизация	Отвлеченное фокусирование на ощущениях	Написание биологического отчета об ощущениях

Интересен тот факт, что именно практика гипноза в XIX веке создала многие из этих когнитивных стратегий, так как пациентам внушали игнорировать или трансформировать болезненный импульс. Поскольку было обнаружено, что под гипнозом субъекты могут лучше переносить болевые раздражения (Barber T. X., 1963), то похожее открытие «аналгезии бодрствования», при

которой субъектов просили реагировать так, как будто они были загипнотизированы, вдохновило Скотта и Бар-

157_ йера (Scott and Barber, 1977) на изучение эффективности когнитивных стратегий в лечении болей. Они пришли к выводу, что все эти способы: диссоциация, воображаемый успех, искажение и воображаемая трансформация - уменьшают болевые реакции. Однако, согласно Пирсу (Pears, 1984), ни одним исследованием до сих пор не было установлено, какой тип стратегий является наиболее действенным. Одной из причин разнообразия результатов может быть внешне необоснованная просьба к субъектам использовать бессмысленные стратегии (например, прибегать к воображаемому невниманию, чтобы отрицать существование боли). Чейвс и Барбер (Chaves and Barber, 1974) обнаружили, что некоторые субъекты разрабатывали для себя стратегии более эффективные, нежели те, что применялись в исследовании. Контрольные субъекты, следовательно, могли призвать на помощь более осмысленные и полезные стратегии, чем субъекты, входившие в экспериментальную группу.

В то время как уникальный вклад когнитивных стратегий до сих пор является предметом изучения, в клинических условиях эти методы спокойно используются как составная часть мультимодального комплекса лечения, часто в контексте тренинга прививания стресса (Meichenbaum and Turk, 1976). Этот подход основывается на гипотезе, согласно которой стресс или тревога способны производить психологические сдвиги, которые усиливают боль, и таким образом, обучение клиентов снижению стресса окажет дополнительное болеутоляющее воздействие. Лечение начинается с образовательной фазы, в которой представляются модели боли (например, «теория ворот»), в сочетании с освещением психологических факторов, которое звучит в суггестии возможности контролировать боль. Далее дается описание когнитивных стратегий, представленных в табл. 6.1, затем наступает фаза тренинга, в которой усваиваются и отрабатываются различные когнитивные подходы. Клиентов побуждают вооружить себя одной или несколькими стратегиями, которые они считают наиболее эффективными. Наконец, новые способности используются на практике в ответ на воображаемую или вызванную боль.

158

Преимущество прививания стресса проявляется в том, что клиенты сами выбирают стратегию. Несмотря на то, что этот способ еще подлежит адекватной оценке в дальнейшем, уже сейчас доказано, что с его помощью снижается головная боль связанная с изменением артериального давления, и мигрень (Holroyd et al., 1977). Отсутствие работ, посвященных когнитивному управлению стрессом при других хронических болевых состояниях типа болей в пояснице, может объясняться внешней бессмысленностью этих процедур для пациентов, которые считают, что их боль вызвана физическими факторами. С другой стороны, в общем и целом, признается связь головных болей со стрессом, и в этом случае когнитивные стратегии могут выглядеть более обоснованными.

Модификация поведения

Поведенческие аспекты хронической боли были предметом лечения, проводимого Фордисом (Fordyce, 1976), который считает, что разновидности поведения при болевых ощущениях (например, гримасы, стоны, хромота, поиски лекарств и вялость) поддерживаются последствиями, их закрепляющими, и поэтому их можно модифицировать с помощью принципов оперативного кондиционирования. Пациентов доставляют в больницу на срок от двух до восьми недель, в течение которых давнее, привычное болевое поведение персонал игнорирует, тогда как «активное» или «хорошее» поведение (например, активность, улыбки и физзарядка) приветствуется. От лечения анальгетиками постепенно отходят, в то же время давая пациентам «болевого коктейль», напиток с выраженным, но приятным вкусом, маскирующим привкус лекарства. Его назначают из соображений времени, а не для прекращения болей. Дозу активного ингредиента постепенно уменьшают, но так, что пациент не знает точно, когда это происходит. Целью такой программы является не снижение боли, а повышение вероятности возвращения пациентов к нормальной деятельности. В поддержку эффективности своего подхода Фордис и др. (Fordyce et al., 1973) приводят доказательства, но в целом исследование лишено методологической

159

строгости (не было, например, контрольных групп, и боль не подвергалась ретроспективной оценке). Кроме того, Мельзак Л Уолл (Melzack and Wall, 1982) сетуют на то, что Фордис недопустимым образом игнорирует боль как философскую проблему.

Кейрнс и Пачино (Cairns and Racino, 1977), изучая эффект возможной социальной адаптации,

обнаружили, что без лечения активность больных с хронической болью в спине возвращалась к исходному уровню. Это означает, что действие данного метода не распространяется за пределы лечебного учреждения. Следовательно, члены семьи пациента должны при первой возможности подключаться к работе противоболевых клиник и научиться применять указанные принципы. К сожалению, не проводилось никаких контрольных исследований, в которых бы подготовка к внезапным ситуациям сравнивалась с другими методами. Многочисленные работы о результатах сложносоставных методов лечения рассматривали оперативное кондиционирование наряду с множеством других лечебных методов (например, с тренингом релаксации, биологической обратной связью и гипнотерапией), что исключило сколь бы то ни было достоверную оценку эффективности каждой составляющей. В связи с отсутствием значимых изысканий в этой области Мельзак и Уолл (Melzack and Wall, 1982) обратились к контрольным исследованиям, которые показывают:

1. Активная процедура более эффективна, чем плацебо;
2. Изменения в терапии имеют клиническое значение;
3. Эффекты можно распространить за пределы клиники;
4. Лечение оказывает длительное воздействие, что подтверждается солидными катамнестическими исследованиями.

Наконец, исключительная дороговизна стационарных программ, предложенных Фордисом, а также отсутствие подтверждения их эффективности делают маловероятным их разработку в Великобритании, хотя Гуитер (Gwyther, 1989) описал госпитальное противоболевое отделение в Лондонской больнице Св. Фомы.

160

Гипнотерапевтические подходы: общие принципы

Гипноз может быть быстрым, эффективным и безопасным методом повышения болевого порога и болевой толерантности, особенно для хорошо гипнабельных субъектов, а также в случае, когда традиционные методы лечения либо потерпели неудачу, либо противопоказаны. К тому же он может помочь избежать хирургического вмешательства, зависимости от лекарств и их вредного побочного действия. Другими факторами, доказывающими его пользу, являются его относительно низкая стоимость и способность помочь пациенту ощутить свою независимость, самоконтроль и власть над болезнью. Гипноз может также эффективно справляться с эмоциональными аспектами боли и раскрывать «смысл» хронических болей с помощью психоаналитических методов.

Болевой порог определяется физиологическими факторами, тогда как болевая толерантность обусловлена преимущественно культурологическими и психологическими переменными. Гипноз может повысить болевой порог с помощью множества специальных техник, включающих гипноанестезию, гипноанальгезию, гипнотическое замещение, гипнотическое перемещение, диссоциацию, прямую или непрямую суггестию ликвидации боли, отвлечение внимания, парадоксальное вмешательство, самогипноз и регрессию (Rossi, 1980). С другой стороны, болевую толерантность можно гипнотически повысить с помощью суггестии, снижающих тревогу и страх, эго-усиления, снижения предвосхищения боли и амнезирования болезненных воспоминаний. Это подразумевает вмешательство в цикл «боли — напряжения — боли».

Применение гипнотических методов при острых болевых состояниях, противоположных хроническим, со временем претерпело изменения. Поскольку в середине XIX века Эсдейл использовал гипноз во время хирургических манипуляций, влияние Фрейда в начале XX столетия навело на мысль, что гипноаналитические методы могут быть полезны при выявле-

161

ии бессознательных побуждающих сил, которые участвуют как в психологическом нарушении, так и в хронических болевых расстройствах. Значение психологических факторов во всех видах боли стало серьезнее оцениваться благодаря «теории ворот», и с 1970-х гипноз начал все больше и больше использоваться для устранения острой боли, физические причины которой были известны. Основной стратегией при острой боли является снижение сопутствующего страха и применение специальных гипнотических техник (см. ниже) для повышения болевого порога. Для преодоления боли в будущем дополнительно преподается самогипноз. Хроническая боль гораздо сложнее острой. Тем не менее гипноз может помочь клиницисту эффективно справиться с хроническим заболеванием тем, что:

1. Раскрывает «смысл» боли для пациента;
2. Предлагает познакомиться с гипноанальгезией, чтобы продемонстрировать ее возможность;
3. Обучает гарантированному самогипнозу;

4. Повторно мобилизует пациента посредством когнитивно-поведенческой программы.

Это последнее обстоятельство касается концепции комплексной конвергентной терапии (Melzack and Wall, 1982), поскольку лечение хронических болевых состояний было найдено более эффективным при сочетании ее с другими методами терапии. Поскольку гипнотические техники фокусируются на смягчении боли и противопоставлены ремобилизации клиента, дополнение ими программ подготовки к внезапным ситуациям могло бы оказаться очень полезным в свете несогласия Мельзака и Уолла (Melzack and Wall, 1982) с тем, что модификация поведения уменьшает страдания. В наши дни все больше делается упор на самоопределение психотерапии, и поэтому подключение самогипноза, с помощью которого в клиентах повышается чувство независимости и контроля над болезнью, становится обычным делом при лечении как хронической, так и острой боли. Одним исключением, не совпадающим с рекомендательным характером описанного, является применение гипноза в экстренной ситуации, когда авторитарный подход скорее улучшит восприятие суггестии.

6 М. Хип

162

Уоллас (Wallace, 1987) заявляет, что, по результатам исследований в Бирмингемской больнице скорой помощи, для улучшения отношений сотрудничества с взрослым пациентом*. впервые пытающимся обучиться самогипнозу, необходима следующая информация:

1. Копинговые стратегии, польза которых для данного пациента доказана, и вера пациента в возможную эффективность психологических методов.
2. Описание пациентом интенсивности, длительности и частоты болевых приступов. Это позволяет терапевту использовать в лечении собственные выражения и метафоры пациента.
3. Восприятие пациентом времени в его отношении к переживанию боли, что позволит использовать феномен искажения времени.
4. Способность пациента к творческому воображению и его способность избегать разочарования, так как они сильно связаны с гипнабельностью.
5. Реалистичное понимание пациентом гипноза и корректировка существующих искаженных представлений. Четвертый пункт Уоллас (см. выше) весьма актуален, поскольку такие клиницисты, как Дж. Барбер (Barber J., 1977, 1980), поставили под сомнение находки Хилгарда и Хилгард (Hilgard and Hilgard, 1975), согласно которым облегчение боли с помощью гипноза в высшей степени зависит от гипнабельности индивида. Первоначально (Barber, 1977) утверждал, что при лечении боли гипнабельность не влияла на клинический результат, если применялись натуралистичные и непрямые суггестии. Однако в его позднейшем исследовании (Price and Barber, 1987) предполагается, что высоко гипнабельные субъекты способны с большей легкостью изменять сенсорные составляющие боли, тогда как ее аффективные и мотивационные аспекты не зависят от гипнотической внушаемости. Это является полезным разграничением в восприятии боли, которое может объяснить результаты единичного исследования Барбера (Barber, 1977), гласящие, что при стоматологическом лечении 99 из 100 пациентов гипноз был успешно использован в качестве единственного средства анестезии.

163

Техники гипноза для контроля над болью

Как средство обезболивания гипноз должен применяться только после медицинского обследования, которое подтвердит отсутствие какого-либо физического расстройства, скрывающегося за болью (Gibson, 1989). При острой боли причина дискомфорта часто является очевидной — ею может быть, например, болезненная медицинская процедура, однако в случае хронической боли всегда необходимо произвести сначала врачебное обследование. Если медицинская процедура требует со стороны пациента бодрствующего состояния, или противопоказано применение химических анестетиков, или потерпели неудачу традиционные методы лечения, гипноз становится просто необходимым, особенно для высокогипнабельных пациентов.

По причинам, упомянутым выше, пациенты с низкой гипнабельностью также могут получить пользу от гипнотических суггестий, снижающих боль. Однако гипноз не панацея, и потому чрезвычайно важна реалистичность ожиданий как терапевта, так и пациента. Клиницисты, следовательно, не должны

164

Глава 6

применять гипноз при состояниях, лежащих вне сферы их компетенции.

Ниже представлен список наиболее часто используемых техник гипноза, заимствованный у Хилгарда (Hilgard, 1980) и Дж. Барбера (Barber J., 1986):

Прямое ослабление

Дается суггестия уменьшения и постепенного исчезновения боли, хотя, возможно, и не окончательного. Можно использовать метафоры, в которых учитывается понимание пациентом интенсивности и качества боли, предлагая «убавить» ее мощность, остудить и так далее.

Анестезия

Пациенту внушается сделать какую-либо часть тела нечувствительной к боли и переместить эту анестезию в болезненную зону. В этой связи часто прибегают к перчаточной анестезии, при которой достигается онемение кисти с помощью суггестии охлаждения и восстановления в памяти анестезии, после чего пациента просят положить бесчувственную кисть на больное место и позволить анестезии перейти на него. Добиться онемения сначала в здоровой части тела проще, чем в болезненной зоне. Поскольку с физиологических позиций объяснить такое перемещение нельзя, пациенты, как показывает опыт автора, об этом не спрашивают; скорее, они просто-напросто глубоко удовлетворены традиционно успешным результатом. Этого можно достигнуть как с помощью прямой суггестии (например: «Когда я ударю по вашей правой кисти, она онемеет и ничего не будет чувствовать»), так и не прямой (например: «Интересно, можете ли вы вспомнить, что чувствовали, когда опускали руку в снег? Хотелось бы посмотреть, какая кисть онемеет у вас первой — правая или левая»).

Перемещение

В суггестии способности боли смещаться от одной части тела к другой очень важно сделать неприятное ощущение более терпимым и намекнуть, что возможно изменение и других его характеристик (например, интенсивности). Например, хо-

165

рошо известно, что боль в конечностях пугает меньше, чем боль в животе (Karle and Boys, 1987). Можно призвать на помощь также и юмор, перемещая боль в палец или мочку уха. Рекомендательная суггестия перемещения звучит так:

Возможно, вы замечали, что боль движется, пусть даже очень медленно, и постепенно вы сумеете увидеть, что движение происходит как будто изнутри наружу, по спирали. По мере того как вы будете следить за этим движением дальше, до самого последнего момента, вы можете не заметить, как она каким-то образом вышла из вашего живота и оказалась сосредоточенной в вашей левой кисти.

(Barber, 1986, p. 157)

Диссоциация

Даются суггестии полной отстраненности от боли, что особенно полезно при обездвиженности пациента или наличии у него многих болезненных участков. Пациент представляет себя куда-то отправляющимся, в ходе чего он покидает свое тело, оставляя его вместе со страданием позади, занимаясь в то же время чем-то интересным или приятным. Суггестия диссоциации может быть следующей:

В то время как часть вас сидит в этом кресле, оставшаяся часть выходит из тела, идет к окну и рассказывает мне, что она видит снаружи... Сегодня же, позднее, когда вам захочется почувствовать себя лучше, вы можете просто закрыть глаза и мысленно отправиться туда, куда вам хочется — например, в любимый музей, о котором вы мне рассказывали.

Замещение

Замена боли другим ощущением (например, зудом, давлением или теплом), способна помочь в обновлении взгляда на неприятное чувство. Успех более вероятен в случае, если замещающее ощущение не является исключительно приятным, поскольку последнее может показаться пациенту неправдоподобным. Как только успешное замещение, подобно перемещению, достигнуто, это событие показывает, что изменению доступны также и другие аспекты боли. Барбер (Barber, 1986) заключает, что раковые больные могут особенно нуждаться в каком-либо ощущении для боль-

166

Глава б

шей уверенности в том, что и они, и медицинский персонал будут в курсе любого изменения в их физическом состоянии и, соответственно, прибегнут к адекватной терапии. Автор этих строк случайно добился сенсорного замещения во время суггестии анестезии пальцев при работе с 36-летней женщиной, которая страдала от сильной органической боли в шее и плече; при этом была

применена следующая суггестия:

Когда вы положите два онемевших пальца на заднюю поверхность шеи, обратите внимание на то, как онемение замещает неприятное чувство, которое там присутствовало. Когда онемение перейдет с ваших пальцев в шею и заменит боль, вы увидите, что пальцы снова станут такими, как были прежде, но шея будет менее чувствительной, а ощущения в ней — более приятными.

На следующей сессии пациентка сообщила о странном ощущении пальцев, лежащих на задней поверхности шеи, однако с удовольствием констатировала отсутствие боли. Ей было объяснено, что, со всей очевидностью, ее подсознание благоприятным образом использовало суггестии, несмотря даже на то, что ей не внушали испытывать вместо боли давление пальцев.

Нейропсихологическая метафора

Метафоры являются специальным инструментом, которым для облегчения болей могут пользоваться пациенты, и эффективность этого метода легко объяснима. Согласно технике «проводов и выключателей», пациенту нужно представить, что в его мозгу находится центр управления болезненной зоной, в котором включаются нервы, несущие сообщения о боли. С помощью воображаемого поворота выключателей суггестия подразумевает облегчение боли, поскольку о ней не будет послано никаких сенсорных сообщений. Хилгард (Hilgard, 1980) утверждает, что эта техника приводит к успеху в работе как со взрослыми, так и с детьми.

Искажение восприятия времени

Суггестии искаженного восприятия времени основаны на естественных переживаниях его ускоренного или замедленного течения. Например, когда с ходу налетаешь на старого при-

167

ятеля или поглощен хорошей книгой или фильмом, время *бе-эжт* незаметно, а когда ждешь под дождем такси — тянется долго. Когда пациент погружается в гипнотическое состояние, дается суггестия того, что при возникновении боли время будет идти быстро; однако в промежутках между ее приступами оно будет течь очень медленно; это делается, чтобы вызвать более продолжительное чувство комфорта.

Самогипноз

Гораздо проще обучить людей самогипнозу в случае, если их заранее, посредством гетерогипноза, убедили в возможности этого. Соскис (Soskis, 1986) предлагает схему обучения самогипнозу, который можно с легкостью использовать для контроля над болью. Закрывание глаз сопровождается суггестиями поднятия руки, за которыми следует суггестия легкости, распространяющейся с руки на все тело по мере того, как к руке возвращаются ее обычные ощущения и положение, на фоне трех глубоких вдохов и выдохов. После этого счет от 1 до 10 сопровождается суггестиями мышечной релаксации и воображаемой трансформации, согласно которой с пациентом происходит нечто приятное. Затем даются суггестии того, что пациенты способны повторить эту процедуру так, чтобы самостоятельно добиться состояния гипнотической расслабленности и приобрести способность к достижению поставленных целей; сессию они должны завершать, считая от 5 до 1.

Поскольку самогипноз является составной частью большинства гипнотических обезболивающих процедур, это обязывает практикующего клинициста к знакомству с ними. Автор считает полезным для пациентов практиковать самогипноз до своей выписки из клиники, а суггестии записывать на пленку для домашнего использования.

Специальное применение

Рак

При раке гипноз применялся как для лечения самой болезни, так и с целью преодоления побочных эффектов химио-

168

терапии (Gravitz 1982; Walker et al., 1988). Саймонтон и др., (Simonton et al., 1986) описывают техники для обучения положительным установкам, релаксации, визуализации, постановке целей, преодолению боли, физкультуре и построению системы эмоциональной поддержки раковых больных. Эти подходы, включая гипноз, основываются на том открытии, что эмоциональные реакции на стресс способны играть роль в иммунных расстройствах, способствуя тем самым развитию некоторых форм рака. Поскольку можно изменить эти процессы с помощью визуализирующих техник, примененных в условиях гипноза, то реальным становится и улучшение психологического и физического благополучия больных, достигаемого посредством лечения, и их участие в нем.

В этом отношении Ньютон (Newton, 1982) обнаружил, что некоторые больные способны

значительно влиять на течение своей болезни. Крафт (Kraft 1990, готовится к изданию) описывает, как гипноз может оказаться весьма полезным в смягчении физического и эмоционального страдания больных, которые находятся в последней стадии рака. Самогипноз предлагается в качестве метода, с помощью которого эти пациенты, обычно чувствующие себя беспомощными, способны вернуть контроль над ситуацией. Крафт находит, что диссоциация является эффективным способом анестезии, но подчеркивает необходимость комплексного психотерапевтического подхода для работы с сильными чувствами, которые требуется выразить умирающим больным, зачастую озабоченным незавершенными делами, касающимися как их детства, так и родителей. Эти исследования, а также общее применение гипноза обсуждаются далее в главе, посвященной медицинскому использованию данного метода (глава 8).

Головная боль

Гипнотическая суггестия релаксации и соматосен-сорных изменений была применена для лечения головных болей, связанных с колебаниями артериального давления, и, соответственно, мигрени. Например, Алладин (Alladin, 1988) обнаружил, что суггестии тепла в кистях оказались эффективными в лечении хронических мигренозных болей, но не намно-

169

го лучше, чем тренинг релаксации. Эти методы рассматриваются Гибсоном и Хипом (Gibson and Neap, 1990) в главе, посвященной применению гипноза в психосоматической медицине, а также в главе 8 настоящей книги.

Паркер (частное сообщение) описывает восемь ступеней в своей гипнотической терапии «трудных» больных, страдающих мигренью и головной болью, связанной с давлением. До и после лечения пациент оценивал уровень боли, пользуясь как 10-балльной, так и аналогичной визуальной шкалой. Ниже представлен протокол исследования.

Сессия 1

Обсуждение с пациентом предмета гипноза, мифов, его окружающих, а также причин и способов применения гипноза. Рассматриваются основания к использованию шкалы гипнабельности.

Сессия 2

Разбор всех вопросов, в том числе тревожных, поднятых на сессии 1. Применение с целью оценки гипнабельности Стэн-фордских гипнотических клинических тестов для взрослых.

Сессии 3-6 (или больше — **при необходимости**)

Начинается гипнотическое обезболивание; самогипноз начинается на сессии 4. Основной формат следующий:

1. Индукция — путем счета от 1 до 10.
2. Релаксация — суггестии как физического, так и душевного комфорта.
3. Углубление — различные техники (например, счет и дыхание; спуск по ступеням или в лифте).
4. Техники для контроля над болью — различные методы, включающие диссоциацию, понижение чувствительности и анальгезию.
5. Эго-усиление по Хартланду (Hartland, 1971).
6. Инструкции по самогипнозу.
7. Постгипнотические суггестии.
8. Выведение из гипноза.

170

Наконец, Руни (Rooney, 1988) описывает гипнотический метод уменьшения головных болей у заключенных, которые тяжело переносят пребывание в тюрьме. Вслед за индукцией и процедурой углубления он предлагает переместить болевое ощущение в руку пациента, покоящуюся на голове. Затем субъекту предлагают напрячь мышцы кисти, образуя кулак, и после этого следует суггестия того, что когда кулак разожмется, боль исчезнет.

Ожоги

В своем отчете о посещении 16 американских ожоговых отделений Уоллас сообщает, что была удивлена, когда столкнулась с различными формами догматичного, полного отрицания немедикаментозных способов смягчения боли, в частности гипноза. Применяя в отдельных случаях гипноз в процессе работы в ожоговом отделении Бирмингемской больницы скорой помощи, она пришла к выводу, что «контроль над болью или его отсутствие представляет собой главную и наиболее тяжелую проблему для обожженных после того, как они переживут первичный шок, связанный с несчастным случаем и помещением в ожоговое отделение» (Wallace, 1982, p. 50). Дискомфорт отмечается как вследствие повреждения кожи и нервных окончаний, так и по причине болезненности ухода и медицинских процедур. До того как прибегнуть к

гипнотической суггестии, Уоллас собирает информацию, касающуюся стратегий борьбы пациента, описания боли, восприятия времени, творческого воображения и понимания гипноза. Индукция направлена на отвлечение внимания от боли, а задачей гипнотерапии является опора на существующие стратегии и переживания с целью смягчения неприятных ощущений. Техники самогипноза являются составной частью программы, и они должны быть приспособлены к разнообразным помехам, существующим в отделении, включая технические шумы, перепады температуры и медицинские процедуры.

Уоллас (Wallace, 1982) описывает лечение женщины, которая была госпитализирована после того, как пламя плиты обожгло сорок процентов поверхности ее тела. Лечение гипнозом сосредоточилось на постоянной боли в одной руке, вызванной глубочайшим ожогом. Предварительный опрос позволил тера-

171

певту подобрать гипнотическую технику, которая казалась наиболее эффективной. Индукция включала фиксацию глаз и счет от 1 до 5 в сочетании с глубоким дыханием для облегчения закрывания глаз. Для углубления гипноза использовалась картина спуска по домашней лестнице в 13 ступеней, после чего следовало поднятие руки и затем — ее опускание в воображаемое ведро с ледяной водой для развития перчаточной анестезии. Для контроля над уровнем боли успешно использовались сочетание прямой суггестии анестезии с ее переносом, диссоциация, самогипноз и постгипнотическая суггестия анестезии. Однако главной проблемой для пациентки оставалась непредсказуемость боли, возникавшей при переодевании. Непредсказуемость вызывалась близостью или удаленностью персонала или же тем, что помощь последнего при смене одежды не предусматривалась, а также условиями переодевания (например, наличием или отсутствием химической анестезии). Уоллас почувствовала, что это подрывает способность ее пациентки к самогипнозу, несмотря на помощь оптимальной гипнотической техники. Она заключает, что гипноз способен обеспечить, по меньшей мере, смягчение боли, без побочных эффектов и в той же степени, что и медикаментозные средства при наличии желания и энтузиазма у гипнабельного пациента, находящегося в благоприятном окружении.

Спинальная травма

Работая в должности клинического психолога в Королевском национальном ортопедическом госпитале в Миддл-сексе, Олден (Alden, издание готовится к печати) практикует гипноз как при острой, так и при хронической боли. Свой подход она характеризует как «сосредоточенный на клиенте», с упором на использование описания больным своей личности, своих проблем, убеждений и поведения. Применяются как прямые, так и непрямые техники. Гипноз используется при острой боли, сопровождающей медицинские процедуры, и при послеоперационных или посттравматических болях. Ниже приводится пример работы Олден с острой болью.

У мужчины 50 лет со спинной травмой на уровне C_{6/7} позвонков были проблемы с физиотерапевтическим лечением.

172

В результате травмы его бицепсы функционировали нормально но сила в трицепсах была небольшой. Из-за этого его руки постоянно находились в согнутом положении. Несмотря на все старания физиотерапевта, у него развились контрактуры в локтевых суставах, и попытки выпрямить руки вызывали нестерпимую боль. Он также отказывался от наложения на ночь шин для распрямления рук. Психологическое обследование показало, что пациент был достаточно мотивирован к разрешению проблемы и твердо верил в эффективность гипноза. В свое время он подвергся последнему во время сценического шоу и сообщил терапевту, что ощущение, которое он помнил не до конца, ему понравилось. Терапевт внушил больному, что он сможет войти в состояние транса, призвав на помощь свое прошлое переживание. Поскольку клиент интересовался электроникой, ему было предложено простое объяснение «теории ворот» по аналогии с электрическими проводами. Он сумел погрузиться в глубокий транс и представил боль в виде электрических токов и завихрений. Он ощутил, что ему следует прекратить подачу электричества, и осуществил это, вообразив у себя на груди выключатели, которые и повернул. После этого пациент мог беспрепятственно переносить физиотерапию. Вдобавок, для общего расслабления и облегчения неудобств, вызванных шинами, он пользовался самогипнозом. Результатом всего этого стало большее распрямление рук.

Олден утверждает, что страх, тревога или иные психологические факторы во многих случаях влияют на переживание послеоперационных или посттравматических болей. Прямые индукции часто оказываются действенными из-за высокой мотивации и готовности воспринять гипноз. Как

правило, при этом разъясняется «теории ворот», которая, как находит Олден, улучшает суггестии анестезии, отстранения, диссоциации и технику «коробки переключений».

Олден считает, что при лечении хронических болей гипноз лучше всего помогает в составе общей программы обезболивания. Психолог является сотрудником отделения реабилитации, в котором предполагаются общее лечение, физиотерапия, трудотерапия, сестринский уход и социальное обеспечение. Олден подвергает оценке все, что касается боли: основные убеждения пациента, его тревогу, депрессию, изменение пове-

173

ния. Чтобы понять те выразительные средства, к которым прибегают больные, и аффективные составляющие их болезни, используется вопросник МакГилла, где рассматривается тема боли (Мельзак, Melzack, 1975). Поскольку большинство пациентов с хроническими болями упорно считают себя неспособными с ними справиться, Олден считает, что для успешных гипнотических индукций часто требуются не прямые подходы. Когда больные обнаруживают, что в состоянии транса они способны смягчать свою боль, а особенно то, что и в дальнейшем смогут делать это самостоятельно, такое открытие может сломить их неверие в контроль над болью. Даже при безуспешности анальгезирующих суггестии снижение уровня тревоги часто влечет за собой уменьшение боли.

Болезненные медицинские процедуры и хирургические вмешательства

С помощью гипноза можно снизить болезненность отдельных медицинских, в том числе хирургических, процедур. Некоторые британские психологи проявили особый интерес к использованию гипноза в работе с детьми, подвергающимися сложным врачебным вмешательствам, и это исследование освещается ниже.

В начале данной главы упоминались хирургические операции, производившиеся шотландским хирургом и месмеристом Джеймсом Эсдейлом, который работал в Индии в 1840-х гг. Другим британским приверженцем применения месмеризма в хирургии являлся в те же годы доктор Джон Эллиотсон, практиковавший в Университетском колледже Лондона. Хотя сообщения об этой форме «безболезненной хирургии» выглядят впечатляющими и убедительными, многие современные авторы, такие как Голд (Gauld, 1988) и Гибсон (Gibson, 1988), поставили их под вопрос.

Уоксман (Waxman, 1989) указывает как на преимущества, так и на недостатки применения гипноза в хирургии. К позитивным аспектам он относит способность гипноза снижать предоперационные страхи и тревогу, его нетоксичность, отсутствие вредных влияний ингаляционного наркоза, уменьшение Шока, независимость от кашлевого рефлекса и контроль над

174

послеоперационными болями, ощущением дискомфорта и тошнотой. Однако недостатком является то, что гипноз требует большого количества времени, и достижение анестезии с его помощью часто оказывается затруднительным; также не всегда возможна достаточная глубина гипноза, важная для большой хирургии; кроме того, владение этим методом требует специальной подготовки. Тем не менее Уоксман выступает, сосредоточиваясь на его расслабляющих свойствах, в защиту гипноза как средства преодоления страха и тревоги, вызванных хирургическим вмешательством. Примерами могут служить малые хирургические процедуры — такие как разрезы, наложение швов, обработка ожогов, люмбальные и абдоминальные пункции, цистоскопия и удаление зубов.

Скотт (Scott, 1976) пропагандирует использование гипноза как анальгезирующего средства в реконструктивной хирургии и при пересадке кожи, когда можно с его помощью длительное время поддерживать тело в непривычном положении. Он считает, что обучение больных самогипнозу устраняет необходимость в медикаментозном обезболивании. При этом даются суггестии перчаточной анестезии, когда клиент представляет свою кисть погруженной в ведро со льдом и после переносит онемение на операционное поле. Чтобы принять непривычную позу, необходимую при пересадке кожи, даются прямые суггестии.

Акушерство

Любое немедикаментозное лечение, проводящееся в период беременности и родов, имеет целью уменьшение страха, боли и неприятных ощущений. Последние сообщения британских авторов, освещающие применение гипноза в этой области, включают в себя работы Уоксмана (Waxman, 1989) и Гибсона и Хипа (Gibson and Hear, 1990). Уоксман (Waxman, 1989) посвящает 27 страниц использованию гипноза в акушерстве, называя следующие его преимущества:

1. Увеличение душевной и физической релаксации.
2. Отсутствие угнетения дыхания или кровообращения у матери или ребенка.
3. Укорочение первого периода схваток.
4. Повышение сопротивляемости родовому шоку.

гипноз и боль

175

5. Отсутствие вмешательства в нормальную биомеханику родов.
6. В раннем и среднем периодах — уменьшение боли путем снижения страха и напряжения.
7. В поздних периодах — обеспечение частичной или полной аналгезии или анестезии посредством прямой суггестии.
8. Повышение контроля над степенью выхода головки и плеч ребенка.
9. Возможность безболезненной эпизиотомии.
10. Как правило, обеспечение спокойного и неосложненного послеродового периода.
11. Стимуляция лактации и улучшение грудного вскармливания с помощью прямой суггестии.

Поисковые разработки

В то время как большинство исследований связи обезболивания с гипнабельностью и разницей между прямыми и непрямыми суггестиями проводилось в США (см. выше), в этом разделе будет дан краткий обзор двух британских работ, в которых раздельно рассматривается эффективность различных гипнотических процедур для устранения острых и хронических болей у детей. Кроме того, клиницисты Британии применяли гипноз для смягчения болей при таких заболеваниях, как синдром раздраженного кишечника и мигрень, о чем в главе 8 рассказывает Уилкинсон.

Болезненные медицинские процедуры

Исследование психологической оценки и лечения острой боли у детей с хроническими заболеваниями предпринималось Иоэнну (Ioannou, готовится к печати). В больнице Гая проводилось экспериментальное исследование дискомфорта и тревоги, связанных с забором анализов крови у шести детей в возрасте 6-12 лет, которым была сделана трансплантация почки. Гипноз с применением метода выключения боли (Hilgard and LeBaron, 1984), воображение любимого занятия, повторные анализы крови и постгипнотические суггестии сравнивались с комплексом когнитивно-поведенческого лечения, состоявшим

176

Глава б

из закрепления, релаксации с дыхательными упражнениями, отстранения, просвещения, повторения когнитивных утверждений, направленных на борьбу с болезнью, и поведенческих игр с куклами. Результаты показали тенденцию к общему снижению боли и тревоги в обеих группах, притом, что чуть большего успеха добились члены когнитивно-поведенческой группы.

Основное экспериментальное исследование, проводившееся в Кембридже, в госпитале Адденбрук, охватывало 50 детей, больных диабетом, в возрасте 6-16 лет. В периоды от трех до шести месяцев у этих детей регулярно брались анализы крови, во время которых они, как правило, меньше контролировали процедуру по сравнению с уколами в палец и инъекциями инсулина. В соответствии с планом оценки, непосредственно перед следующим анализом крови субъекты в экспериментальной группе либо получали гипноз, либо подвергались когнитивно-бихевиоральному вмешательству. Оценка общего уровня боли и тревоги производилась после каждого анализа специально подготовленными наблюдателями, родителями и ребенком. Кроме того, наблюдателями велась ведомость проверки, исследователь оценивал сердечную деятельность. Предварительные результаты гласят, что в то время как в контрольной группе общие показатели не изменились, у половины субъектов, как из группы гипноза, так и из когнитивно-бихевиоральной группы, повысилась способность контролировать боль и тревогу, сопровождавшие венопункции.

Кроме того, Сокол и др. (Sokol et al., 1990) описывают применение гипноза в работе с шестилетним мальчиком, имеющим много проблем со здоровьем, который стал бояться венопункций. Этот ребенок был одним из 50 детей, входивших в группу по преодолению боли и симптомов болезни, сформированную в сентябре 1988 г. в детской больнице на Грейт Ор-монд-стрит, Лондон (см. главу 10, где речь идет о гипнозе при работе с больными детьми). Авторы констатируют, что боли у детей являлись вопросом, которым, в известном отношении, врачи пренебрегали, однако в последние годы клинический и научный интерес к этой проблеме возрос. Гипнотерапия использовалась как дополнительное средство при лечении у детей астмы, экземы, мигрени, болей известного и неизвестно-

177

го происхождения, тошноты, связанной с болезненными медицинскими процедурами, и тревоги. Ключом к успешному гипнотическому лечению в группе оказалось фантазирование, соответствующее уровню развития ребенка. В дальнейшем в отношении каждого ребенка проводится медицинская и психологическая оценка, способная выявить показания к таким альтернативным методам, как семейная терапия, супружеская или индивидуальная терапия, с помощью которых можно разрешить скрытые конфликты, чрезмерную зависимость или манипулирование.

Гипнотический подход к лечению включает в себя прогрессивную релаксацию в сочетании с фокусированием внимания на управляемых фантазиях. Также даются суггестии облегчения болей и других проявлений болезни и суггестии хорошего самочувствия с контролем над ситуацией. В период между сентябрем 1988 г. и мартом 1989 г. состояние 14 (39%) детей из 36, подвергавшихся лечению гипнозом, было признано «значительно улучшившимся», а 15 (41%) — просто «улучшившимся». В семи (20%) случаях не произошло никаких видимых изменений, однако после гипнотерапии ни один ребенок не почувствовал себя хуже.

В той же самой больничной группе (Sokol, 1989) описаны шесть детей в возрасте от 7 до 14 лет, страдавшие от сильнейших, невыносимых болей в животе. После проведения собеседований психологического и медицинского характера, детей обучили самогипнозу так, как это описывалось выше. В среднем через 18 дней все дети умели прибегать к техникам самогипноза, чтобы снизить или устранить боль и вернуться к обычным занятиям. После этого для работы со скрытыми причинами заболевания предлагалась индивидуальная и семейная терапия.

Будущие направления

Когда Мельзак и Уолл (Melzack and Wall, 1982) сделали вывод, что «практика убедительно показывает, что психологические методы способны оказать значительное воздействие на боль» (р. 355), им стало ясно, что две или более техники (включая медикаментозное лечение) имеют тенденцию

178

вызывать кумулятивный эффект. Таким образом, они заявили что при лечении боли «множественная сочетанная терапия» все в большей мере становилась стандартным психологическим подходом. Британские изыскания, описанные в этой книге, наглядно показывают эффективность различных методов психологической коррекции, гипноза, в частности при лечении болевых состояний. Весьма вероятно, что будущие исследования расширят применение гипноза в лечении соматической патологии и в медицинских процедурах там, где он до сей поры не практиковался (например, при ожогах, иммунологических расстройствах и хронической патологии). Несмотря на то, что в среде психологов и психиатров уже почти не осталось сомнений в эффективности гипноза при лечении эмоциональных расстройств, врачи других специальностей с большей неохотой склоняются к дуалистическому пониманию сознания и тела. Тем не менее, начиная с 1970-х гг., гипноз все чаще применялся либо как единственное, либо в качестве дополнительного средства для снижения тревоги и боли при врачебных вмешательствах и борьбы с патологическим процессом. В то время как научные разработки, основанные на солидной методологии, неизбежно расширят применение гипноза в лечении различных расстройств, более важным, возможно, является то, чтобы врачи использовали в своих клиниках уже имеющиеся достижения. Например, выше отмечалось, что хотя гипноз доказал свою действенность при лечении ожогов, Уоллас (Wallace, 1987) обнаружила, что только в нескольких американских ожоговых отделениях к их лечению подключались какие-либо психологические методы.

Кроме того, разработки последних 10 лет показывают, что возрастает применение гипноза при работе как с детьми, так и с пожилым контингентом пациентов, а также в практике групповой и семейной терапии (Baker, 1987). Тенденция к более гуманистическому и рекомендательному подходу в гипнозе проявилась в укреплении позиций самогипноза. Последний больше позволяет пациенту ощущать себя хозяином ситуации и способствует генерализации и поддержанию терапевтических приобретений, тем самым удовлетворяя в целом современ-

179

мое требование в большей эффективности психотерапевтического вмешательства.

Однако в исследованиях по-прежнему необходимо показывать уникальность вклада гипноза и выяснять, какие типы суггестии (например, прямые или не прямые) наиболее действенны применительно к различным состояниям. В будущем избирательном применении гипноза более целесообразно руководствоваться литературой, в которой освещается прогностическая ценность

гипнабельности для лечения таких расстройств, как острая боль, бородавки и астма (Wadden and Anderton, 1982). Рациональный подход к использованию гипноза повысит вероятность успешного результата и не позволит повториться истории, когда гипноз мог быть отвергнут из-за переоценки его как средства от всех болезней.

Список литературы

- Alden, P. (in preparation). The use of hypnosis in the management of pain on a Spinal Injuries Unit, *Proceedings of the Seventh Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*.
- Alladin, A. (1988) Hypnosis in the treatment of severe chronic migraine, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Baker, E. L. (1987) The state of the art of clinical hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 35:203-214.
- Barber, J. (1977) Rapid induction analgesia: a clinical report, *American Journal of Clinical Hypnosis* 19:138-147.
- Barber, J. (1980) Hypnosis and the un hypnotizable, *American Journal of Clinical Hypnosis* 23: 4-9.
- Barber, J. (1986) Hypnotic analgesia, in A. Hoizman and D. C Turk (eds) *A Handbook of Psychological Treatment Approaches*, New York: Academic Press.
- Barber, T. X. (1963) The effects of hypnosis on pain. A critical review of experimental and clinical findings *Psychosomatic Medicine* 25:303-333.
- Blanchard, E., Theobald, D., Williamson, D., Silver, B. and Brown, D. (1979) Temperature biofeedback in the treatment of migraine headaches, *Archives of General Psychiatry* 35: 581-588.
- 180
- Cairns, D. and Pacino J. A. (1977) Comparison of verbal reinforcement and feedback in the operant treatment of disability due to chronic low back pain. *Behavior Therapy* 8: 621-630.
- Chaves, J. F. and Barber, T. X. (1974) Cognitive strategies experimenter modeling and expectation in the attenuation of pain, *Journal of Abnormal Psychology* 83: 356-363.
- Chesney, M. A. and Shelton J. L. (1976) A comparison of muscle relaxation and electromyogram biofeedback treatment for muscle contraction headache, *Journal of Behavioural and Experimental Psychiatry* 7:221-225.
- Fordyce, W. E. (1977) *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*, St. Louis: C V. Mosby.
- Fordyce, W. E., Fowler, R. S., Lehmann, J. F., Delateur, B. J., Sand, P. L. and Treischmann, R. B. (1973) Operant conditioning in the treatment of chronic pain, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 54: 399-408.
- Galvin, R. M. and Thompson, D. (1984) Unlocking pain's secrets, *Time Magazine*, 11 June.
- Gauld, A. (1988) Reflections on mesmeric analgesia, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 5:17-24.
- Gibson, H. B. (1988) Gauld's (1988) reflections on mesmeric analgesia, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 5:25-27.
- Gibson, H. B. (1989) Hypnosis in musculoskeletal medicine. Paper presented to *The Ninth International Congress of Federation Internationale and the British Association a Manipulative Medicine*, September, London.
- Gibson, H. B. and Heap, M. (1990) *Hypnosis in Therapy* London: Lawrence Erlbaum.
- Gravitz, M. A. (1982) Hypnosis and cancer (special issue), *American Journal of Clinical Hypnosis* 25: 87-187.
- Gwyther, M. (1989) *The Place Where It Hurts*, Observer Magazine, October. London: Chelsea Bridge House.
- Hart, B. (1984) Hypnosis for Pain Control, in A. Broome (ed.) *Proceedings of the First International Conference of the Pain Interest Group*, Liverpool.
- Hartland, J. (1971) *Medical and Dental Hypnosis*, 2nd edn, London: Bailliere Tindall.
- Hilgard, E. R. (1980) Hypnosis in the treatment of pain, in G. Burrows and R- Dennerstein (eds) *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Amsterdam: North-Holland Biomedical Press.
- Hilgard, E. R. and Hilgard, J. R. (1975) *Hypnosis in the Relief of Pain*, Los Altos, Calif.: William Kaufmann.
- Hilgard, E. R. and Hilgard, J. R. (1983) *Hypnosis in the Relief of Pain*, 2nd edn, Los Altos, Calif.: William Kaufmann.
- Hilgard, J. R. and LeBaron, S. (1984) *Hypnotherapy of Pain in Children with Cancer*, Los Altos, Calif.: William Kaufmann.

- Holroyd, K. A., Andrasik, F. and Westbrook, T. (1977) Cognitive control of tension headache. *Cognitive Therapy in Research* 1:121-133.
- Ioannou, C. (in preparation) *Psychological assessment and intervention of acute pain in chronically ill children*, Ph. D. thesis, University of Leicester.
- Karle, H. W. A. and Boys, J. H. (1987) *Hypnotherapy: A Practical Handbook*, London: Free Association Books.
- Kraft, T. (1990) Use of hypnotherapy in anxiety management in the terminally ill: a preliminary study, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 7: 27-33.
- Kraft, T. (in preparation) Hypnotherapy for the terminally ill: review of the first thirty cases, *Proceedings of the Seventh Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*.
- Meichenbaum, D. and Turk, D. (1976) The cognitive-behavioral management of anxiety, anger and pain, in P. O. Davidson (ed.) *Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain*, New York: Brunner/Mazel.
- Melzack, R. (1975) The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods, *Pain* 1: 275-279.
- Melzack, R. and Wall, P. D. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150:971-979.
- Melzack, R. and Wall, P. D. (1982) *The Challenge of Pain*, London: Penguin.
- Newton, B. W. (1982) The use of hypnosis in the treatment of cancer patients, *American Journal of Clinical Hypnosis* 25:104-113.
- Orne, M. T. (1980) Hypnotic control of pain: toward a clarification of the different psychological processes involved, in J. J. Bonica (ed.) *Pain*, New York: Raven Press.
- 182**
- Orne, M. T. (1983) Hypnotic methods for managing pain, in J. J. Bonica, U. Lindbloom and A. Iggo (eds) *Advances in Pain Research and Therapy*, New York: Raven Press.
- Pearce, S. (1984) A review of cognitive behavioural methods for the treatment of chronic pain, in A. K. Broome (ed.) *Proceedings of the First International Conference of the Pain Interest Group* Liverpool.
- Pearce, S. and Richardson, P. H. (1987) Chronic pain: treatment, in S. J. E. Lindsay and G. E. Powell (eds) *Handbook of Clinical Adult Psychology*, Aldershot: Gower Press.
- Price, D. D. and Barber, J. (1987) An analysis of factors that contribute to the efficacy of hypnotic analgesia. *Journal of Abnormal Psychology* 96: 1-6.
- Rooney, G. (1988) The use of hypnosis with violent prisoners, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Rossi, E. L. (1980) *The Collective Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*, Vol. 4, New York: Irvington.
- Scott, D. L. (1976) Hypnosis in pedicle graft surgery, *British Journal of Plastic Surgery* 29: 8-13.
- Scott, D. S. and Barber, T. X. (1977) Cognitive control of pain: effects of multiple cognitive strategies, *Psychological Record* 27: 373-383.
- Simonton, O. C., Simonton, S. M. and Creighton, J. L. (1986) *Getting Well Again*, London: Bantam Books.
- Sokel, B. (1989) Self-hypnosis in the treatment of severe abdominal pain of no discernible medical cause, Paper presented at *The First European Conference on Pain in Children*, Maastricht.
- Sokel, B., Lansdown, R. and Kent, A. (1990) The development of a hypnotherapy service for children. *Child Care, Health and Development* 16:227-233.
- Soskis, D. A. (1986) *Teaching Self-hypnosis: An Introductory Guide for Clinicians*, London: W. W. Norton.
- Turk, D. C. and Genest, M. (1979) Regulation of pain: the application of cognitive and behavioral techniques for prevention and remediation, in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Cognitive-behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*, New York: Academic Press.
- Wadden, T. A. and Anderton, C. H. (1982) The clinical use of hypnosis, *Psychological Bulletin* 91: 215-243.

183

- Walker, L. G., Dawson, A. A., Pollet, S. M., Ratcliffe, M. A. and Jamilton, L. (1988) Hypnotherapy for chemotherapy side effects, *British journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 5: 79-82.
- Wallace, L. M. (1982) Psychological management of pain in American burn units, *Psychology and Pain* 1: 6-17.
- Wallace, L. M. (1987) Hypnosis and pain control on an English burns unit. *Intensive Care Nursing* 3: 50-55.

- Wardle, J. (1988) Pain, in F. N. Watts (ed.) *New Developments in Clinical Psychology*, Leicester: British Psychological Society and Wiley.
- Waxman, D. (1989) *Hartland's Medical and Dental Hypnosis*, 3rd edn, London: Bailliere Tindall.
- Zeitzer, L. and LeBaron, S. (1986) The hypnotic treatment of children in pain, in D. Raith and M. Wolraich (eds) *Advances in Developmental and Behavioural Paediatrics* 7:197-234.

7

Марсиа А. Леган и Жан С. Леган

ГИПНОТЕРАПИЯ И СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Введение

Сексуальную проблему можно определить как неспособность индивидуально или совместно извлекать удовольствие и удовлетворение из сексуальной деятельности. Это может происходить из-за какого-либо нарушения или несоответствия сексуального ответа с точки зрения клиента или его партнера. Такие проблемы могут порождаться неосведомленностью или неправильным пониманием сексуального функционирования или же тем, что можно назвать неоправданными ожиданиями, которые обычно поддаются коррекции с помощью переобучения и консультирования. С другой стороны, возможно нарушение некоторых физиологических составляющих сексуального ответа, что требует дальнейшего психологического вмешательства и терапии. В последнем случае проблема обычно называется «сексуальной дисфункцией». Сексуальные дисфункции подразделяются на первичные и вторичные; первичные захватывают всю сексуальную жизнь, а вторичные проявляются в любое время по истечении беспроблемного периода и возникают либо

ипергерация и сексуальные проблемы

185

ключительно в определенных ситуациях, либо постоянно. В настоящей главе будет рассмотрена эта последняя группа дисфункций. Варианты сексуального поведения, вызванные различными типами сексуальной ориентации, здесь обсуждаться не будут.

Для описания таких сексуальных дисфункций, как «фригидность» и «импотенция», использовалось множество общих терминов. Более приемлемая классификация представлена в табл. 7.1, которая основывается на модели Мастерса и Джонсона (Masters and Johnson, 1970), Каплан (Kaplan, 1979) и Деннерстейна (Dennerstein, 1980). Причины этих дисфункций могут быть физическими или психологическими. При оценке проблемы важно исключить физические причины, прежде чем искать психологические факторы. Авторы не будут касаться дисфункций органического происхождения и медицинской коррекции этих состояний, хотя известно, что органические и психологические причины могут переплетаться друг с другом.

Представляется уместным обсудить сначала общие физиологические факторы, вызывающие сексуальные проблемы. Таковые были разделены на пять основных групп: приобретенные установки, сопутствующие или текущие состояния, физиологическая реакция на органические факторы, неполная или неправильная информированность и недостаточная или неадекватная стимуляция (Jellu, 1979). Вероятно, что два последних фактора скорее могут быть исправлены переобучением и консультированием. Приобретенные установки включают в себя травматические переживания, строгое воспитание и плохие взаимоотношения в семье, причем каждый компонент влечет за собой тревогу в отношении сексуальных потребностей и поведения. Под сопутствующими состояниями может пониматься психологический стресс типа боязни ущерба или неудачи, или противоречие моральным и религиозным установкам. Ситуации, которые подразумевают стресс, тревогу, Депрессию, чувство вины или злость также могут повлиять на уклонение от интимной близости, тем самым приводя к разладу и дисфункции. Факторы, ведущие к разладу, включают в себя закрепление неполноценности, неприятие и конфлик-

186

Глава 7

ты между доминирующей и подчиненной ролями. Наличие партнера, страдающего сексуальной дисфункцией, а также последующие стрессовые реакции неприятия, тревоги, злости и агрессии тоже могут привести к сексуальным проблемам. Психологические реакции на такие органические факторы, как болезнь, старение и хирургическое лечение, могут быть того же рода: предвосхищение ущерба или неудачи, депрессия, искажение самооценки, неприятие, тревога и разлад с партнером.

Таблица 7.1

Классификация сексуальных дисфункций

Фаза	Мужчины	Женщины
1. Желание	Низкое сексуальное влечение или ослабленное сексуальное желание	Низкое сексуальное влечение или ослабленное сексуальное желание
2. Возбуждение	Невозможность эрекции (эректильная дисфункция)	Ослабленное половое возбуждение Отсутствие вагинальной секреции
Пенетрация	Невозможность поддерживать эрекцию	Боль Вагинизм Диспареуния
3. Оргазм	Преждевременная эякуляция Отсутствие эякуляции (замедленная эякуляция)	Аноргазмия
4. Разрешение	Дисфория	Дисфория

За последние 20 лет в терапевтическом лечении сексуальных проблем был сделан ряд открытий. В 1950-х и начале 1960-х терапия сексуальных расстройств базировалась в основном на психоаналитической теории, которая рассматривала сексуальные проблемы как проявление бессознательных психических конфликтов, и лечение, следовательно, было индивидуально ориентированным. С появлением поведенческой терапии, исходившей из приобретенных установок и классического кондиционирования (Wolpe, 1958), сексуальные проблемы стали гипнотерапия и сексуальные проблемы

187

рассматриваться как приобретенные неадекватные реакции, от которых можно отойти. Для снижения тревоги, сопровождавшей сексуальное поведение, Вольпе (Wolpe, 1958) возвращал пациентов к нормальному психическому состоянию. Начиная с 1970-х гг., Мастере и Джонсон предложили в США альтернативные подходы к секс-терапии; эти подходы основывались на научном изучении сексуальных функций человека и были большей частью бихевиористскими, но также и образовательными. С их помощью делалась попытка развеять некоторые мифы в отношении сексуального функционирования, которое считалось состоящим из четырех фаз: возбуждения, плато, оргазма и разрешения. В соответствии с этими фазами можно было классифицировать дисфункции (см. табл. 7.1). В центре внимания оказывались отношения между внебрачными или состоящими в браке партнерами, где в случае какой-либо сексуальной дисгармонии не осознавалась возможность того, что один из партнеров остается в стороне от процесса. (Masters and Johnson, 1970). Лечению, следовательно, подвергались оба партнера. Кроме того, эффективность терапии обуславливалась наличием котерапевтов мужского и женского пола, поскольку авторы считали, что только женщина сможет понять женскую сексуальность и сексуальные проблемы, а сексуальность и сексуальные проблемы мужчин способен понять только мужчина. Они выделяли в этой области два важных фактора: тревогу по поводу успешного осуществления полового акта и отсутствие ясного взаимопонимания между партнерами. Целью терапии являлась ликвидация перечисленных нарушений, а лечение проводилось в расслабляющей обстановке, вне дома партнеров.

В Великобритании методы Мастера и Джонсон никогда не были воспроизведены точно, однако в модифицированной форме они использовались широко. Британцы никогда не прибегали к секс-терапии как таковой, и по финансовым и прочим соображениям также не проводилась интенсивная терапия в условиях изоляции. Обычно терапевтические сессии проводились с недельными или двухнедельными интервалами. Однако общие принципы терапии были приняты и взяты на вооружение британскими специалистами.

188

Глава 7

В дальнейшем этот подход был развит Каплан (Kaplan 1974), которая ввела в обиход понятие «отдаленных» причин в противоположность «непосредственным», подразумевают, что те психологические события из прошлого индивида, которые повлекли за собой сексуальную дисфункцию. Таким образом, она расширила поведенческий и просветительский подходы, дополнив их психотерапией (Kaplan, 1974). Она также предложила более гибкий способ работы, при котором клиенты подвергаются лечению по одиночке или парами, а помощь может оказывать один-единственный терапевт. Другим крупным вкладом Каплан в изучение данных проблем было признание важности фазы желаний как отличной от фазы возбуждения. Впоследствии она подразделила сексуальное функционирование на три фазы: желание, возбуждение и оргазм. Мастерс и Джонсон, а также Каплан совершили переворот в лечении сексуальных расстройств в США и оказали значительное влияние на терапевтов в этой стране. Так называемая секс-терапия нового типа была представлена в клинике по лечению супружеских сексуальных дисгармоний *Relate*, ранее — Национальный Совет по Вопросам Брака. Программа подготовки под руководством клинических психологов и консультантов по сексуальным вопросам привела к доступности сексуальной и супружеской терапии для широкого круга клиентов; в то же время в некоторых аспектах (Cole, 1985) большинство секс-терапевтов склоняется к модифицированной версии методов Мастерса, Джонсон и Каплан. Большинство терапевтов (Купер, Соопер, 1986) работают с парами в одиночку, и тот факт, что с участием терапевтов эффективность терапии оказывается выше, нежели без них, подтверждается плохо (Crowe et al., 1981; Mathews et al., 1983). Поведенческие методы выжили под натиском секс-терапии нового типа (Jehu, 1979; Hawton, 1982), хотя, по данным одного обзора (Соопер, 1986), терапевты, занятые лечением сексуальных проблем, предпочли более эклектичный подход, похожий на тот, что был предложен Каплан (Kaplan, 1974). Терапевты-бихевиористы пытаются разобраться в событиях, происходивших при зарождении сексуальной дисфункции, текущих событиях, закрепляющих проблему, и последствиях

189

данного поведения. Терапия фокусируется на тревогах, которые могут порождаться сексуальными травмами, иррациональными убеждениями или нереалистичными требованиями долевого акта. Эти тревоги лечатся посредством систематичной десенсибилизации как в воображении, так и наяву (Jehu, 1979; Lazarus, 1980).

В недавнем прошлом свой вклад в развитие лечения сексуальных расстройств внесли когнитивные терапевты (Агаоз, 1980; Kowalski, 1985). Они фокусируются на ложных утверждениях о сексе, способных повредить сексуальному функционированию: например, на мифах, которые муссируются в средствах массовой информации, журналах, посвященных сексу, и в среде окружающих индивида людей, обладающих способностью вызвать сомнения в успешности полового акта. Главными задачами когнитивных терапевтов является предоставление правильной информации и коррекция иррациональных убеждений, которыми определяются сексуальные дисфункции. Агаоз (Агаоз, 1980, 1983), во многом следующий экспериментальному методу Эриксона, считает, что когнитивным аспектом представлена четвертая фаза сексуальной дисфункции, идущая после трех фаз модели Каплан; подразумевается, что мысли субъекта, потерпевшего неудачу в достижении оргазма, способны значительно повлиять на будущие сексуальные реакции — например: «У меня опять не вышло, и никогда не выйдет». Агаоз называет это «негативным самогипнозом» (см. ниже и главу 5). Такие мысли существенным образом влияют на все три фазы сексуального функционирования, и перед тем как прибегнуть к более традиционной терапии, Агаоз предлагает использовать форму когнитивного реструктурирования, с помощью которого к противоборству с негативными когнициями будут подключены позитивные самоопределения. В Великобритании его новаторские методы были взяты на вооружение, хотя до сих пор нет никаких печатных работ на эту тему.

После того как Каплан указала на важность учета при сексуальных дисфункциях бессознательных процессов и защитных механизмов, психодинамический метод был интегрирован в терапию сексуальных расстройств, тогда как прежде он применялся, в основном, изолированно. В настоящее время глав-

190

Глава 7

ное — понять конфликты, мешающие межличностным и интимным отношениям, и с помощью этого изменить значимые установки и системы убеждений.

Купер (Cooper, 1986) проанализировал деятельность бр. танских терапевтов, стремясь определить, какими методами лечения они пользуются. Из общего числа в 145 респондентов 33 применяли исключительно психодинамический метод. Из 111 терапевтов, практиковавших эклектичный подход, 22% признались в использовании психодинамического метода в сочетании с процедурами, разработанными Мастерсом, Джонсон и Каплан, а еще 33% объединяли его с другими методами.

Из этого краткого обзора терапевтических подходов к лечению сексуальных дисфункций можно увидеть, что секс-терапевты все больше прибегают к многоуровневому вмешательству в личностное и сексуальное функционирование, и, как правильно замечает Купер (Cooper, 1986), большинство терапевтов не являются «пуристами» и широко используют в своей работе разнообразные методы. Банкрофт (Bancroft, 1985) считает, что в области терапии сексуальных расстройств продемонстрированы здоровый эклектизм и ниспровержение барьеров между поведенческими и психодинамическими методами, что обеспечивает комплексное лечение, отвечающее запросам всех клиентов. Это развитие следует приветствовать, поскольку оно защищает клиента от насильственного помещения в рамки модели, к которой он или она не имеет отношения.

Гипнотерапевтические подходы: общие принципы

Основные гипнотические процедуры, применяющиеся в лечении сексуальных проблем, могут быть разделены на пять категорий:

1. Гипноанализ.
2. Прямое устранение симптомов.
3. Гипноз как дополнение к поведенческой терапии.
4. Когнитивные и экспериентальные методы.
5. Смешанные подходы.

гипнотерапия и сексуальные проблемы

191

1. Гипноанализ

Психодинамические терапевты, рассматривающие психосексуальные проблемы как следствие внутриспсихических конфликтов, применяют гипноз для изучения и раскрытия бессознательного материала. Они считают, что главными причинами психосексуальных проблем являются прошлые, глубоко спрятанные и неразрешенные события и травмы. Хотя сам Фрейд первоначально пользовался гипнозом для развития своих теорий, позднее он отказался от этого в пользу метода свободных ассоциаций, но его современники продолжали применять гипноз для вскрытия анамнестических причин патологии, которые были вытеснены в подсознание. Чтобы получить доступ к вытесненному материалу, обычно применяется гипнотическая возрастная регрессия, которая позволяет терапевту сосредоточиться на критическом периоде жизни пациента. Во время гипнотических сессий клиент побуждается к разработке, идентификации и истолкованию эмоционального содержания переживания (Alexander, 1974; Smith, 1975; Wijesinghe, 1977; Ward, 1980; Miller, 1986), с помощью чего предполагается уменьшить страхи и тревоги, с ним связанные. Затем терапевт по-иному объясняет эти события клиенту, и тот, вдохновленный новым знанием и инсайтом, старается реструктурировать свою реальность и тем самым достичь более удовлетворительного взгляда на жизнь. Терапевты, практикующие психодинамический подход, использовали различные техники гипноза. Виджесингх (Wijesinghe, 1977) прибегал к свободным ассоциациям, Миро-витц (Mirowitz, 1966) расспрашивал клиента и для восстановления информации пользовался идеомоторными техниками (см. главу 2), а Александер (Alexander, 1974) практиковал возрастную регрессию, предлагая погруженному в гипноз клиенту вновь пережить болезненный день. В зависимости от характера раскрываемых проблем терапевты прибегали к суггестиям, благоприятным для их решения. Анализ сновидений также используется в процессе гипноза для распознавания скрытой причины или конфликта, и в целях разрешения последнего даются суггестии (Ward, 1980; Degun and Degun, 1988).

192

Глава 7

Психодинамический подход не всегда связан с прошлыми конфликтами, но с тем же успехом может быть использован в работе над событиями настоящего. Левит (Levit, 1971) и Кра-ильнек (Crasilneck, 1979) считали, что некоторые сексуальные дисфункции развиваются из-за гнева, адресованного супругу и следующего за этим чувства вины; для сексуальных чувств эти негативные эмоции играют в дальнейшем роль «выключателей». Левит (Levit, 1971) использовал гипноз для лучшего выражения подавленных негативных чувств. Во время гипноза клиенту,

например, предлагали рассердиться, и далее требовалось по сигналу сжать кулак и ударить по ручке кресла, облегчая, таким образом, выражение подавленного гнева. После этого клиенту давали суггестии более адекватного выражения своих чувств. Выражение эмоций может быть одной из нескольких задач гипноанализа. Диблер (Deabler, 1976), например, насчитывал пять важных целей: 1) раскрытие бессознательного конфликта; 2) уменьшение страхов, препятствующих сексуальному возбуждению; 3) реструктурирование ассоциаций и ориентации в отношении сексуальных объектов; 4) устранение мешающих идентификаций — например, с матерью, в случае конфликта, связанного с эдиповым комплексом; 5) обеспечение эго-формирующих и эго-усишающих суггестии.

2. Прямое устранение симптомов

Некоторые психодинамические терапевты отказались от гипноанализа в пользу прямого устранения симптомов в отдельных случаях сексуальной дисфункции. Здесь также подразумевается применение гипнотических суггестии, однако последние направлены на симптомы, а не на причины, которыми они были вызваны. Один из методов предполагает визуализацию сексуального контакта с партнером на фоне суггестии улучшенного полового акта (Schneck, 1970). Также применяются постгипнотические суггестии. Другие терапевты прибегали к гипнотическому восстановлению и подробной визуализации прошлых позитивных сексуальных переживаний, которые в целях продления удовольствия сочетались с гипнотическим искажением времени (Mirowitz, 1966; Cheek, 1976).

193

Для закрепления этих переживаний они применяли самогипноз и нашли его важным компонентом терапии, стремящейся непосредственному устранению симптомов. Другим вариантом изложенного является введение позитивного фантазирования, когда успешные сексуальные действия воображаются в сочетании с позитивными самоопределениями. Терапевт делает гипнотическое переживание более ясным, описывая сопутствующие картине эмоции и ощущения (Richardson, 1968).

3. Гипноз как дополнение к поведенческой терапии

Терапевты-бихевиористы практиковали гипноз как дополнение ко многим методам, особенно при систематичной десенсибилизации (Wolpe, 1958; Dengrove, 1980; Fuchs, 1980; Degun and Degun, 1982). Предполагаемая ценность гипноза для этой процедуры заключается в улучшении релаксации и живом фантазировании. В сравнении с техникой релаксации Джекобсона было обнаружено, что гипнотическая индукция отнимает меньше времени и оказывается более эффективной (Dengrove, 1980; Clarke and Jackson, 1983).

Систематичная десенсибилизация придерживается классической модели Вольпе (Wolpe, 1958), согласно которой в гипнотическом состоянии при необходимости формируются и представляются в порядке нарастания сексуальные сцены и ситуации. Тематика такой последовательности картин может включать в себя элементы сексуальной прелюдии или нарастающей социальной и физической вовлеченности в предмет фантазии (Beigel, 1971; Fabbri, 1976; Fuchs, 1980.) Постгипнотические суггестии применяются для улучшения *реального* осуществления представленных ситуаций.

При гипнотическом лечении вагинизма другие терапевты применяли градуированные расширители, заменяя ими введение пальцев (Fuchs, 1980). При аноргазмии Денгроув (Dengrove, 1980) прибегал к вибраторам и ручному самовозбуждению, а также проигрыванию под гипнозом сцен перед практическим их осуществлением. Он обнаружил, что гипноз усиливал релаксацию, искажение времени, индукцию образов

194

и живое воображение приятных сексуальных переживаний • также с помощью постгипнотических суггестии приводил! повышению интенсивности сексуальных ощущений иуд₀. вольствия от сексуальных фантазий. Мисра (Misra, 1985) р_{аз}. бил свой метод систематичной десенсибилизации под гипнозом на четыре стадии:

1. Гипноз с эго-усилением.
2. Видеогипносенсибилизация: загипнотизированный клиент, глаза которого открыты, просматривает серии видеозаписей, где в нарастающем порядке представлены сцены, отражающие большинство аспектов нормальных половых взаимоотношений.
3. Гипнокондиционирование с помощью слайдов: загипнотизированный клиент, глаза которого открыты, просматривает серии слайдов, где показаны сексуальные ситуации, в которых он или она должны поупражняться дома.

4. Гипнотическое восстановление: загипнотизированного клиента просят живо представить успешные и счастливые гетеросексуальные контакты, которые были у него в прошлом. Как Фаббри (Fabbrì, 1976), так и Мисра (Misra, 1985) считают, что гипноз многое прибавляет к процессу систематичной десенсибилизации. Фаббри утверждает, что систематичная десенсибилизация является главным терапевтическим контекстом для преодоления сексуальных тревог, как фобических, так и вторичных относительно чувства вины, злости или враждебности, и что с помощью постгипнотических суггестии гипноз закрепляет процесс кондиционирования. Мисра (Misra, 1985) подтверждает, что гипноз вызывает глубокую релаксацию, повышает зрительное воображение и позволяет оживить и возродить прошлые переживания. Большинство терапевтов применяли самогипноз для закрепления постгипнотических суггестии и других заданий, данных в рамках гетерогипнотической сессии.

4. Когнитивный и экспериенциальный подходы

Когнитивно-бихевиоральные терапевты подчеркнули важность таких ментальных процессов, как воображение и

гипнотерапия и сексуальные проблемы

195

мышление. Араоз (Araoz, 1980) ввел термин «гипносексуальная терапия»; несмотря на то, что он причисляет себя к экспериенциалистам (см. ниже), с нашей точки зрения, его подход является в основном когнитивно-поведенческим, поскольку он прибегает в терапии и к когнитивному реструктурированию, и, фактически, к другим методам, таким, как психодинамика, например. Он считает, что сексуальные расстройства могут возникать из-за когниций субъекта, которые могут носить черты негативного самогипноза. Негативные самооценки и негативное сексуальное фантазирование способны порождать и поддерживать патологические симптомы, что особенно часто случается после неудачного сексуального контакта, когда человек считает себя неполноценным и в мыслях может хранить образ своей сексуальной несостоятельности. Это превращается в разновидность скрытого самоподдерживающегося рефлекса, который при всех последующих сексуальных контактах действует по типу «выключателя». Араоз называет это «негативным самогипнозом» и, как упоминалось раньше, считает, что это представляет четвертую фазу, дополняющую выделенные Каплан фазы желания, возбуждения и оргазма. Он также признает, что во всех прочих фазах могут существовать внутренний диалог и фантазии, и это влияет на сексуальные чувства и поведение на всех стадиях контакта. Ковальски (Kowalski, 1985) обнаружил также, что негативные ментальные процессы играют ведущую роль в таких сексуальных расстройствах, как сниженное сексуальное желание. Однако Араоз полагает, что негативный самогипноз должен лечиться прежде, чем будет начата какая-либо иная секс-терапия — индивидуальная или совместная. В своем лечении он начинает с гипноза, при помощи которого заставляет клиента повторять негативные самоопределения, чтобы создать соответствующие негативные настроения и чувства, тем самым драматизируя разрушительные последствия этого процесса. В дальнейшем гипнотическое состояние используется для производства обратных, позитивных, утверждений и фантазий: например, терапевт может сказать клиенту: «Итак, мы увидели, как негативная сторона вашей личности высветила ее положительную сторону. Давайте позволим этой последней сказать свое слово по поводу пробле-

196

мы». Клиент, находясь под действием гипноза, может сфокусироваться на этих альтернативных утверждениях и перейти к позитивным воображаемым образам, а самогипноз приурочивается к закреплению данного когнитивного реструктурирования. Араоз дает понять, что «гипносексуальная терапия» не заменяет терапии Мастерса и Джонсон, но может быть использована в начале лечения для достижения некоторых первоначальных сдвигов.

В рамках экспериенциального психотерапевтического метода терапевт работает конкретно с непосредственным переживанием клиента, которое не представлено ни эмоциями, ни словами, ни сокращениями мышц, но является комплексным «ощущением» ситуаций и трудностей. Эриксон и его последователи применяли экспериентальный подход в сочетании с традиционными техниками секс-терапии (Erickson et al., 1976). Они прибегают к непрямым гипнотическим индукциям, при которых используется собственная речь клиента, а метафоры и иносказательные выражения увязываются с его потребностями и проблемой. Они называются множественными встроенными метафорами. Это умные притчи, предназначенные для смущения сознательной сферы клиента, но также и для включения в работу подсознания, поскольку решения, представленные в притчах,

могут оказаться для клиента важными и значительными. Подобным способом терапевт рассчитывает привлечь к работе бессознательные ресурсы клиента. Гилмор (Gilmore, 1987) описал и проиллюстрировал соответствующие процедуры, к которым прибегают при сексуальной дисфункции. Во время первого гипнотического транса использовалась метафора, характеризовавшая текущую жизненную ситуацию клиента. В ней присутствовало главное действующее лицо и некий конфликт, с помощью чего предполагалось отвлечь клиента от нынешних страхов и обратить его к представленной истории. Затем предлагалась вторая метафора с иным героем и иным конфликтом. Потом терапевт отбрасывал и ее, обращаясь к третьей («Водоворот»). К тому моменту клиент уже пребывал в замешательстве, и поэтому считалось, что терапевт мог теперь давать прямые суггестии, которые представлялись благоприятными в данном случае. Затем пред-

197

лагались заключения, в которых содержались развязки первой второй метафор. С помощью этой процедуры предполагалось помочь клиенту решить его сексуальные проблемы посредством подключения внутренних ресурсов.

5. Эклектичные подходы

Изучая литературу, посвященную разновидностям секс-терапии, мы обнаружили, что многие терапевты сочетают в работе поведенческие и психодинамические методы. В силу этого их лечение представляется более эклектичным и базируется на довольно широкой основе. Отчеты о нем большей частью являются научно не подкрепленными и часто описывают большое количество клиентов (Fabbri, 1976; Crasilneck and Hall, 1985). Имеется, однако, лишь несколько работ, подтвержденных контрольными данными, помимо труда Облера (O'Leary, 1982), который сообщил о сравнительном анализе комплексного подхода (именно: индивидуальной терапии с помощью систематичной десенсибилизации и применением гипноза и параллельного психоанализа с психодинамическими интерпретациями) с методом Мастерса и Джонсон, в котором участвовали котерапевты и проводилась работа с парами. Непосредственные и отдаленные результаты (данные катамнеза через четыре года) показали преимущество комплексного подхода. Фактически те, кто получал терапию Мастерса и Джонсон, через четыре года оказались не в лучшем положении по сравнению с теми, кто состоял в контрольной группе и не подвергался лечению. Важными терапевтическими факторами были признаны динамическое исследование, снижение тревоги и исторический анализ проблемы. Автор отдал предпочтение поведенческим техникам в сочетании с психоанализом.

6. Показания и противопоказания

к гипнозу

К сожалению, терапевты, использовавшие в лечении сексуальных расстройств гипноз, не уточнили критерии, по которым отбирались клиенты: нет ни единого упоминания о проведении тестов на гипнабельность. Гипнабельность клиента является очевидным положительным показанием к включению

198

Глава 7

нию в терапию гипноза, хотя многое зависит от характера вмешательства и оправданного использования гипноза для улучшения процесса. Бриджес и др. (Bridges et al., 1985) сообщили об интересном наблюдении, согласно которому женщины, продемонстрировавшие высокий уровень гипнабельности, выказывали меньшую способность контролировать мысли и телодвижения к моменту завершения коитуса. Между гипнабельностью и общим тормозным контролем могла существовать обратная пропорциональная зависимость. Было бы интересно выяснить, имеет ли этот факт прогностическое значение для секс-терапии с применением гипноза.

Перед тем как определить противопоказания к гипнозу, терапевт должен оценить факторы мотивации. Там, где клиент обладает внутренней зоной контроля, гипноз может быть очень полезным дополнением. С другой стороны, в случае, если клиент не готов к столкновению с реальностью проблемы и просто стремится к гипнозу как к магическому средству, последний может быть противопоказан. Можно согласиться с мнением, что не стоит решать какие бы то ни было проблемы с помощью гипноза в случае, когда имеются признаки латентного психоза, тяжелой депрессии и суицидных мыслей (Crasilneck and Hall, 1985); см. также главу 4, касающуюся применения гипноза при лечении депрессии.

Специальное применение гипноза в лечении сексуальных дисфункций

В этом разделе мы будем преимущественно рассматривать фазы сексуального функционирования,

которые уже были упомянуты в нашем Введении (см. Таблицу 7. 1), этиологические факторы расстройств, возникающих в рамках каждой из фаз, и варианты их терапии, включающие в себя гипнотическое воздействие.

Сексуальные дисфункции в фазе желания

Каплан (Kaplan, 1979) определила сексуальную дисфункцию в фазе желания как чрезвычайно раннее развитие

199

тревоги в последовательности: желание — возбуждение — оргазм. Сосредоточенность на негативных мыслях действует на сексуальное желание в целом, как «выключатель». Причины сексуальных дисфункций могут быть слабыми, умеренными и глубокими. В большинстве случаев причинами подавления сексуального желания являются глубоко укоренившиеся страхи, касающиеся наслаждения и любви, интимной близости, отказа или сильной тревоги насчет осуществления полового акта. Кроме того, важными факторами могут оказаться проблемные взаимоотношения, порожденные злобой, недоверием, враждебностью, борьбой за власть и ранними детскими травмами. Не удивительно, что о лечении глубоко укоренившихся дисфункций в фазе желания сообщают, в основном, психодинамические терапевты (Wijesinghe, 1977; Oustragh, 1980; Miller, 1986). В отчетах всех трех авторов фигурируют женщины, которые подвергались гипнотической возрастной регрессии. Ойстрах работал с 28-летней женщиной, которая демонстрировала отсутствие сексуального желания и неспособность достигнуть оргазма. С помощью гипнотической возрастной регрессии клиентка поделилась рассказом о двух случаях изнасилования, которому она подвергалась в детстве; во время гипнотических сессий она заново пережила соответствующие эмоции и ощущения посредством суггестированного автоматического письма. Клиентке также было внушено, что она живо представит сексуальный контакт и вспомнит все приятные стороны секса. В этом случае был получен положительный результат, подтвержденный при контроле через шесть месяцев. Похожий случай, подразумевавший инцест, был описан Вид-жесингом (Wijesinghe 1977), когда другие методы, вроде того, что был предложен Мастерсом и Джонсоном, а также систематичная десенсибилизация не привели ни к каким изменениям. Восстановление в состоянии гипноза событий инцеста, перенесенного в детстве, смягчили отрицательные чувства пациентки, сексуальное желание вернулось, и затем она сообщила, что при общении с мужем испытывает оргазм. Наконец, чрезвычайно сложный случай с женщиной, утратившей сексуальное Желание после инцестуальных переживаний детства, был описан Миллером (Miller, 1986), который применял возрастную

200

регрессию, абреакцию, суггестию образа диссоциацию личности с последующей реинтеграцией составных частей. Все это привело к приобретению клиенткой инсайта и наладило зрелые, полноценные сексуальные отношения.

Как обсуждалось выше, Араоз (Araoz, 1980) считает, что слабость сексуального желания связана с ложными когниция-ми или негативным самогипнозом (НСГ). С точки зрения Ара-оа, большинство клиентов предъявляют жалобы, связанные со второй и третьей фазами сексуального функционирования (то есть с возбуждением или оргазмом) потому, что данной культурой предполагается, будто секса желают все. Тем не менее определенное число клиентов могут вовсе не испытывать сексуального желания, что остается нераспознанным. Араоз описывает случай, в котором мужчина, страдавший преждевременной эякуляцией и в дальнейшем эректильной дисфункцией, изначально не желал сексуального контакта. Гипноз применялся для решения трех главных задач: 1) оживления, то есть суггестии повторного переживания периода, когда он был сексуально возбужден (чтобы способствовать когнитивным и чувствительным изменениям); в этом случае успех не был достигнут; 2) выяснения, на каком этапе жизни и по каким причинам развития исчезло сексуальное желание; здесь тоже не было получено никакой информации; 3) представления жизни, в которой бы присутствовал больший интерес к сексу (ментальное проигрывание). Эти попытки не привели к когнитивным сдвигам, так как большую часть времени и сил клиент тратил на интеллектуальные поиски. В конце концов, Араоз прибегнул к «иерархии наслаждений», или набору тем, касавшихся относительно более приятных аспектов его сексуальных контактов с женой. Последние были представлены в гипнотическом состоянии; вдобавок клиент получил постгипнотические суггестии того, что вызванные ощущения вернуться, как только он ляжет с женой в постель, а ее объятия восстановят всю цепочку реакций. Через три-четыре сессии, подкрепленные записью для самогипноза, сексуальное желание усилилось. В связи с этим можно отметить два процесса, имевших место во время гипноза: во-первых, переключение

внимания с интеллектуальной жизни на эмоциональную и, во-вторых, преобра-
201

ование негативных переживании раннего детства в нечто позитивное и приятное. Этот подход близок к тому, что применяется в когнитивной терапии. Хотя метод, который Араоз использовал при лечении сексуальных дисфункций, был когнитивным, он признал важность выявления прошлых травмирующих событий и их значения для клиента. В центре внимания его терапии были «выключающие» самоопределения, которые, как он считает, особенно влияют на фазу желаний. Помимо работы, посвященной раскрывающей технике, использованной Виджесингхом (Wijesinghe, 1977), в Великобритании больше не было публикаций на тему гипнотерапии сексуальных дисфункций в фазе желаний.

Сексуальные дисфункции в фазе возбуждения

Дисфункции в фазе возбуждения развиваются в случае, когда во время любовного акта человек уже возбужден сексуально, но начинает испытывать тревогу по той или иной причине. У мужчин это проявляется в виде импотенции или эрек-тильной дисфункции и задержки эякуляции. Эректильная дисфункция может развиваться из-за чрезмерной заботы о партнерше, преходящей боязни отказа, неуверенности в себе, чувства вины в связи с мастурбацией, нереалистичными ожиданиями от секса и слабо выраженной борьбой за главенство (Kaplan 1979). Задержка эякуляции может быть следствием злобы, испытываемой к женщине, и отсутствия доверия друг к другу.

Импотенция может быть первичной (если мужчина никогда не мог поддерживать эрекцию) или вторичной (когда поло-Вой акт успешно совершался в прошлом, но последующие неудачи связаны с неспособностью поддерживать эрекцию). Первичная импотенция встречается реже (Kaplan 1974). Каплан подчеркивала важность эмоционального и когнитивного кондиционирования, которым может сопровождаться единичный эпизод импотенции: случай, когда мужчина помнит о своей неудаче и боится, что и в будущем он не сумеет быть на высоте, а его тревога насчет успешного осуществления полового акта препятствует сексуальному функционированию. Такие физи-

202

Глава 7

ческие факторы, как усталость, избыточное употребление алкоголя, транквилизаторов и других препаратов, могут привести к одному или нескольким эпизодам импотенции. Другие причины физического порядка включают в себя некоторые неврологические и эндокринные расстройства, но Каплан (Kaplan, 1979) показала, что в США 85% импотенции имеет психогенный характер. Мастере и Джонсон (Masters and Johnson, 1970) обнаружили другие факторы, которые также ведут к дисфункции в фазе возбуждения, а именно: вторичная импотенция, сопровождающаяся преждевременной эякуляцией, религиозный взгляд на секс как на грех и гомосексуальная ориентация. Красильник и Холл (Crasilneck and Hall, 1985) причисляют к этиологическим факторам чувство вины по поводу внебрачной связи, боязнь наступления беременности, страх перед венерическим заболеванием и травматичные события детства, такие как выговор за сексуальные игры, страх перед отцовским гневом и кастрацией в случае неразрешенного эдипова конфликта. Поскольку секс-терапия подобного состояния проводилась как в США, так и в Великобритании (Cole and Dryden, 1988), в последнем случае из-за отсутствия лечебного гипноза мы наблюдаем удручающую картину.

Красильник и Холл (Crasilneck and Hall, 1985) являются двумя авторами, изучившими влияние гипнотерапии на многих клиентов, страдавших импотенцией. Они пытались воздействовать на симптом непосредственно, давая суггестии полноценной эрекции. Напряженность руки суггестировалась словами: «если вы можете добиться этот! твердости в одной части тела, вы сможете развить ее в вашем пенисе... Вы будете испытывать сильную эрекцию всегда, при любом сексуальном возбуждении». На каждой гипнотической сессии клиенту давали возможность выплеснуть чувства, сопряженные с проблемой, и помогали приобрести интеллектуальный и эмоциональный инсайт, что способствовало разрешению ситуации. Кроме того, во время гипноза объяснялась физиология эрекции. Сравнительная эффективность обеих частей гипнотической сессии не оценивалась, однако при контрольной проверке через четыре месяца было выявлено улучшение у 80% клиентов из 400. При лечении мужской импотенции Фукс и др. (Fuchs et al., 1985)

гипнотерапия и сексуальные проблемы

203

использовали в качестве метода гипнотической индукции поднятие руки, поскольку считали это символическим выражением эрекции. В процессе гипноза давались разнообразные суггестии, завершавшиеся словами: «Вы немедленно почувствуете, что так же, как поднимается ваша напряженная рука, поднимается и ваш пенис».

Создается впечатление о популярности лечения психогенной импотенции с помощью сочетания прямого воздействия на симптом и раскрывающих техник. Шнек (Schneck, 1970) описал молодого человека, у которого в прошлом возникали фантазии насчет борьбы с другим юношей, которые сопровождалась эрекцией с последующей эякуляцией. Позднее отношения, развившиеся у него с его подружкой, показали, что он не способен поддерживать эрекцию. Клиента, погруженного в гипнотическое состояние, попросили многократно представить его встречи с партнершей и описать каждый шаг, от первого до последнего. По ходу этого процесса терапевт отмечал детали, требовавшие коррекции, и призывал клиента не откладывать введение пениса. Когда последний стал способен совершить половой акт, его фантазии по поводу борьбы были восстановлены под гипнозом, и ему внушили вновь увидеть эти сцены, но уже преобразованными в рамках гетеросексуальных действий. Как только улучшился гетеросексуальный половой акт, фантазии борьбы отступили. Клиент признался, что прямые суггестии, данные под гипнозом, и детальное выяснение подробностей его сексуальной жизни сыграли значительную роль в исправлении ситуации.

Диблер (Deabler, 1976) описывал похожий случай потери эрекции при введении пениса. Применяя раскрывающие и иде-омоторные техники, Диблер обнаружил, что клиент испытывал чувство вины за мастурбацию в подростковом возрасте перед своей обнаженной матерью и что он воображал, как вступает с ней в сексуальные отношения. После этого терапевт попытался развить в нем свободное от вины отношение к жене в момент полового акта. Клиент полностью выздоровел, несмотря на отсутствие прямого воздействия на симптом. Диблер сделал вывод об эффективности гипноза при раскрытии бессознательных конфликтов, уменьшении страхов и тревог, привязывании

204

Глава 7

и ориентации на сексуальный объект. Он обнаружил, что раз разрушение вредных идентификаций в сочетании с эго-усиливающими суггестиями помогло развитию характерного мужского поведения.

С помощью гипнотических раскрывающих техник импотенцию лечил Мировитц (Mirovitz, 1966), который также применял гипноз, чтобы помочь клиенту испытывать половое удовлетворение, и закреплял достигнутое посредством самогипноза. Похожий подход был использован при лечении мужской импотенции Александром (Alexander, 1974). Высвобождение гневных эмоций, адресованных супруге, было расценено как терапевтически полезное в случае импотенции, описанном Левитом (Levit, 1971). Бейгель (Beigel, 1971), занимаясь лечением импотенции, сочетал восстановление под гипнозом вытесненных воспоминаний с процедурой десенсибилизации, используя при этом эротические рисунки и направленное воображение под гипнозом сексуальных сцен. В британской литературе нет сообщений о систематической практике гипнотерапии при лечении импотенции.

В классификации Каплан (Kaplan, 1979) отсутствует понятие «сексуальных дисфункций в фазе возбуждения у женщин». В него, однако, могут входить вагинизм и диспареуния; авторам данной статьи они, безусловно, представляются результатом отсутствия желания или возбуждения. Деннерстейн (Dennerstein, 1980) относит эти проблемы к особой категории проблем «введения». Каплан определяет вагинизм как вызванный внешними причинами спазм перивагинальной мускулатуры — реакция на страх перед введением пениса; в случае диспареунии имеется болезненный спазм отдельных влагалищных мышц. Причинами являются чувство вины из-за сексуального наслаждения, злорада в адрес партнера, страх перед введением и другие факторы более глубокого происхождения, типа сексуальных конфликтов.

Как в Соединенных Штатах, так и в Соединенном Королевстве гипнотерапия, применяющаяся для лечения вагинизма, была, в основном, поведенческой (Schneck, 1965; Fuchs, 1980; Degun and Degun, 1982). Шнек (Schneck 1965) сообщил о двух случаях, в одном из которых гипноанализ оказался неэффек-

205

тивным. В описанном им примере снижению боли при частичном введении помогла гипнотическая релаксация с визуальным представлением сексуальных контактов и постгипнотическая суггестия

релаксации. Лечение включало в себя последовательное воображение любовных игр, поверхностного генитального контакта, более продолжительного и тесного соприкосновения гениталий, постепенного частичного введения и наконец полного проникновения и полноценного коитуса. Похожий процесс систематичной десенсибилизации использовал при лечении 14 случаев вагинизма Фукс (Fuchs, 1980), чья процедура десенсибилизации *in vitro* была описана в данной главе выше. В своем методе *in vivo* он пользовался во время гипноза градуированными дилататорами, не прибегая к воображению сцен. Хотя Фукс не проводил объективного сравнения двух методов десенсибилизации, он предпочел метод *in vivo*, так как последний не требовал ни глубокого транса, ни воображаемых сцен; кроме того, партнер начинал активно участвовать в процедуре десенсибилизации, и это помогло его жене увериться в собственных силах (см. выше). В Великобритании Деган и Деган (Degun and Degun, 1982) сообщили об эффективности простой процедуры систематичной десенсибилизации, осуществленной под гипнозом, в сочетании с совместной секс-терапией, предложенной Мастерсом и Джонсон. Клиентке давались суггестии релаксации мышц тазового дна, после чего она представляла, что вводит палец как можно глубже себе во влагалище. Давались постгипнотические суггестии того, что она испытает те же расслабленные чувства, когда будет делать то же самое *in vivo*, и после гипноза ее оставляли одну, чтобы она попыталась ввести себе во влагалище палец. Ее призывали повторить эту процедуру дома и на Дальнейших гипнотических сессиях продвигать палец еще глубже. Все это сопровождалось совместной секс-терапией, и когда внимание сосредоточивалось на ощущениях в гениталиях, мужу тоже предлагалось попытаться ввести во влагалище палец. И хотя врачи проводили секс-терапию по Мастерсу и Джонсон вдвоем, систематичной десенсибилизацией под гипнозом женщина-терапевт занималась в одиночку. В обоих случаях вагинизма на решение проблемы потребовалось меньше

206

Глава 7

сессий, чем у таких терапевтов, как Фукс (Fuchs, 1980). В последующих случаях оба типа терапии сочетались в пределах одной сессии так, что первая ее половина посвящалась обратной связи и консультированию, а вторая — десенсибилизации Мисра (Misra, 1985) также прибегал к гипнотической систематичной десенсибилизации при лечении вагинизма и дис-пареунии. Его методы были описаны в предыдущем разделе, но стоит отметить, что его специальные техники прилагались к целому ряду психосексуальных дисфункций как у мужчин, так и у женщин, использовались во всех фазах и не требовали обязательного присутствия котерапевта.

Сексуальные дисфункции в фазе оргазма

В этой фазе сексуальные дисфункции провоцируются тревогой, появившейся на пике возбуждения. У мужчин это проявляется в виде преждевременной эякуляции из-за неспособности различать эротические ощущения на стадии, которая только предвещает оргазм, что приводит к неадекватному контролю. Причины этого разнообразны: здесь может быть и тревога за успешность полового акта, и злость по отношению к партнерше, а иногда — стесненные обстоятельства прошлых сексуальных переживаний. У женщин дисфункции проявляются в замедленном наступлении оргазма, причиной чему может быть «слежение за оргазмом», застенчивость и наблюдение за собой, незнание физиологии пола и чувство неуверенности в себе. Другими установленными причинами являются страх неприятия или потери контроля или пугающие фантазии насчет оргазма. Как показали Красильник и Холл (Crasilneck and Hall, 1985), женский оргазм — это не явление, протекающее по принципу «все или ничего», и некоторые женщины получают сексуальное удовольствие, не достигая оргазма. Качество оргастических ощущений значительно варьирует, поскольку удовольствие, извлекаемое из полового акта, зависит от ситуации в целом и обстановки. Однако некоторые женщины ждут от оргазма экстаза, в то время как другие считают, что оргазм всегда должен быть совместным. Эти разновидности нереалистичных ожиданий могут быть легко устранены с помощью просвещения и консультирования.

гипнотерапия и сексуальные проблемы

207

Как и в случае преждевременной эякуляции у мужчин, свой вклад в проблему могут вносить такие стесняющие обстоятельства, как неподходящее время, усталость, отвлекающие факторы и отсутствие интимной обстановки; страх перед наступлением беременности также может сыграть свою роль. Отсутствие сексуального ответа у женщин может быть выражением враждебности к партнеру так же, как это может быть в случае преждевременной эякуляции. Негативное отношение к сексу со стороны родителей в сочетании с пуританским воспитанием способно

отрицательно повлиять на сексуальные чувства ребенка, который начинает смотреть на секс как на что-то дурное, отвратительное или грязное, что приводит к сексуальной дисфункции во взрослом возрасте.

Как и в некоторых случаях мужской импотенции, описанных выше, лечение гипнозом аноргазмии представляется излюбленным методом терапии, использовать который можно по-разному. Красильник и Холл (Crasilneck and Hall, 1985) предпочитали комбинированный подход, включающий как исследование с помощью гипноза «глубоко бессознательных» факторов, так и видеоизменение сексуального сдерживания как такового. После гипнотической индукции женщине говорилось, что она сможет полностью расслабить свое влагалище. Давались суггестии, направленные на повышение чувствительности влагалища и клитора, а также на более интенсивное наслаждение, извлекаемое из полового акта. Авторы также привлекали к участию в терапевтических сессиях мужа; таким образом, совместное осознание и чувствительность нацеливались на достижение удовлетворительного результата. Оргастическая дисфункция способна породить массу тревожных мыслей, ощущений неполноценности и неуверенности со стороны мужчины, что подрывает его чувство мужского достоинства; как замечено выше, привлечение мужа к терапии в качестве партнера помогает ему уяснить общий характер проблемы.

Чтобы сделать женщин, страдающих аноргазмией, способными к оргазму, Ричардсон (Richardson, 1968) прибегал к гипнотическому фантазированию. Это сопровождалось прямыми

208

суггестиями того, что когда женщина вступит в половую связь она закроет глаза, прогонит посторонние мысли и станет активной участницей полового акта. В отдельных случаях ситуация была вербально структурирована под гипнозом, и после вводились суггестии живого воображения сексуальной стимуляции и коитуса. Картины оргазма сопровождалась постгипнотическими суггестиями повышения его интенсивности. Также могли применяться прямые постгипнотические суггестии с тем, чтобы ускорить или замедлить наступление оргазма, а также повысить желание и частоту совокуплений. Хотя Ричардсон упоминал о применении в работе гипноанализа и психотерапии, он твердо верил в важность прямых суггестий для способности испытывать оргазм. Когда сексуальная дисфункция порождается злобой или враждебностью, следующими из замечаний партнера, сделанных во время прошлых сексуальных контактов, могут быть использованы раскрывающие техники. Миллер (Miller, 1979), например, проводя гипноз, внушал своей пациентке, что она повторно переживет сексуальный контакт и выплеснет свои чувства. В дополнение к этому он давал ей таблетку-плацебо (говоря, что это мощный сексуальный стимулятор). Он считал, что этим будет разорван порочный круг, что возродит надежду и позитивные ожидания. Сравнительная ценность обеих составных частей лечения оценке не подвергалась.

Александр (Alexander, 1974) полагал, что озабоченность мужчины успешным выполнением полового акта способна породить импотенцию у мужчин и аноргазмию у женщин. Из-за чрезмерного желания женщины доставить удовольствие партнеру ее умышленные намерения могут войти в противоречие с нечаянными радостями секса; самой, следовательно, приемлемой суггестией при аноргазмии является следующая: «вы должны получать удовольствие». Александр (Alexander, 1974) сообщил о двух случаях, в которых женщины, страдавшие аноргазмией, тратили много времени на попытки доставить удовольствие партнерам. В обоих случаях эффективными оказались прямые суггестии личного удовольствия, катамнез через три года показал устойчивость достигнутого результата.

Гипнотерапия и сексуальные проблемы 209

Этим подходом был пресечен эффект наблюдения за собой и выступления в качестве зрителя.

Прямой симптоматический подход в решении проблем аноргазмии, импотенции и преждевременной эякуляции предпочли также Крогер и Фезлер (Kroger and Fezler, 1976). Они придавали огромное значение тому, что называли в гипнозе «сенсорным воспоминанием». В процессе гипноза вызывались приятные и волнующие сексуальные переживания прошлого, и затем терапевт, подключая дальнейшее сексуальное фантазирование, повышал чувствительность и восприимчивость клиента. Восстановление в памяти эротических картин также препятствовало развитию мыслей, порождающих тревогу. При лечении преждевременной эякуляции также успешно использовалось временное искажение: терапевт обучал клиента продлевать эрекцию мысленно, а после, для замедления эякуляции, повторялся образ несексуального характера. Смит (Smith, 1975) подтвердил, что смягчение аноргазмических симптомов влечет за собой новые

надежды и мотивацию, хотя это не заменяет глубинной терапии или модификации поведения. Проводя гипноз, он вел с клиенткой чрезвычайно продолжительный разговор, освещая приятность, добродетельные свойства и задачи секса. Это, похоже, оказало благоприятное воздействие на общее отношение клиентки и подготовило почву для дальнейшего парного консультирования.

Денгроув (Dengrove, 1980) подчеркивал большую важность фокусирования клиентки на удовольствиях, получаемых от секса, нежели на мыслях об оргазме. С помощью гипнотической суггестии и гипнотического проигрывания поощрялись и совершенствовались ручная стимуляция и самовозбуждение. Систематичная десенсибилизация к сексуальной прелюдии осуществлялась как в воображении, так и *in vivo*. В ситуациях *in vivo* для стимуляции вагинального оргазма использовался вибратор, а женщин, страдавших аноргазмией, обучали контролю над мускулатурой тазового дна. В лечении преждевременной эякуляции Бейгель (Beigel, 1980) применял техники «сдавления» и «задержки». Техникой «сдавления» предполагалось, что

женщина

210 Глава 7

крепко сжимает пенис большим, средним и указательным пальцами. Большой палец должен быть положен на уздечку, а остальные — по обе стороны границы, где головка соприкасается с поверхностью пениса, противоположной большому пальцу. Женщина должна была достаточно сильно сдавливать пенис и не бояться причинить при этом некоторую боль. Такое сдавление предотвращало у мужчины эякуляцию и влекло за собой частичную потерю эрекции. Через 15-30 секунд она должна была снова стимулировать пенис и вновь применить технику сдавливания. Ей следовало повторить эту процедуру несколько раз и принять участие в приятной 15-20-минутной сексуальной игре без эякуляции. Применялись и другие стратегии, такие как смена позиций и обстановки с применением гипноза преимущественно для обогащения приятных эротических фантазий и самостимуляции.

Несмотря на то, что отдельные авторы сообщали о восстановлении оргастической функции с помощью одного лишь гипноза (Levit, 1971; Ward, 1980), имеются некоторые свидетельства в пользу успешности сочетанного подхода — гипноанализа в сочетании с поведенческими и симптоматическими методами (Облер, 1982). В двух случаях аноргазмии Уорду (Ward, 1980) удалось ускорить выздоровление путем решения проблем, связанных с чувством вины, развившимся в раннем детстве. Левит (Levit, 1971) использовал гипноз при кризисе семейных отношений; клиентам, страдавшим импотенцией или аноргазмией, гипноз помог осознать и выразить гнев, тем самым разрешив сексуальный конфликт и приведя к удовлетворительному сексуальному функционированию.

Облер (Облер, 1982) обследовал 26 женщин, страдавших аноргазмией. В его комплексном подходе первая половина терапевтической сессии включала систематичную десенсибилизацию к сексуальным ситуациям и гипноз, тогда как вторая половина была посвящена свободным ассоциациям, когда пациент давал значимый материал для последующего исследования, и все в совокупности занимало два месяца. Затем применялся более глубокий гипноз, в процессе которого клиент мог подвергнуть абреакции значимые вопросы и мате-

211

риал, представленный свободными ассоциациями. В дальнейшем эти темы обсуждались и по-новому интерпретировались для клиента, находившегося в негипнотическом состоянии, что занимало следующие 20 недель. Такой терапевтический подход выглядел весьма растянутым, однако, согласно авторской оценке, он оказался действеннее, нежели терапия Мастерса и Джонсон, поскольку в результате семь женщин из восьми, получавших лечение гипнозом, научились испытывать полноценный оргазм, что подтвердилось катамнестическим исследованием даже через четыре года после терапии. Динамическое исследование и снижение тревоги Облер считал наиболее важными терапевтическими переменными в лечении аноргазмии. Дальнейшие подробности этой работы будут представлены в следующем разделе.

С начала 1970-х годов секс-терапия в Великобритании значительно продвинулась вперед, а британцы, вооружившись ее техниками, разработанными в Соединенных Штатах Мастерсом, Джонсон (Masters and Johnson, 1970) и Каплан (Kaplan, 1974, 1979), модифицировали их в соответствии с иными социальными, культурными и индивидуальными запросами (Cole and Dryden, 1988). Тем удивительнее наблюдать столь скудное освещение в литературе гипноза, примененного в Британии в рамках этих видов терапии. Авторы связывают это с отсутствием в

данной стране подготовки психологов по вопросам гипноза и гипнотических техник вплоть до 1978 года, когда с созданием Британского Общества Экспериментального и Клинического Гипноза факультеты по подготовке специалистов по гипнозу сделали доступными для клиницистов и консультантов. Нет никаких сомнений в том, что очень многие клинические психологи практикуют в своей работе гипноз, но при этом имеется лишь несколько печатных работ по этому вопросу (Wijesinghe, 1977; Degun and Degun, 1982). Как видно из американской литературы, существует множество методов, которые было бы чрезвычайно полезно дополнить гипнозом. Очевидно, что гипноз улучшает систематичную десенсибилизацию с релаксацией и фантазированием; он является великолепным средством для восстановления и воображаемого проигрывания позитивных сексуаль-

212

Глава 7

ных переживаний, имеет безусловную ценность для раскрытия и изучения значимого анамнестического материала и производства экспериментальных и когнитивных изменений, тем самым сокращая продолжительность лечебных вмешательств.

Поисковые разработки

Гипноз получил широкое распространение при лечении сексуальных проблем, но нет контрольных испытаний, которые позволили бы специально оценить эффективность гипноза как дополнения к секс-терапии (Mathews, 1976; Lazarus, 1980). Поскольку в Великобритании гипноз в секс-терапии не практиковался, по меньшей мере, до начала 1980-х годов в связи с отсутствием подготовительных факультетов, не удивительно, что в этой стране нет научных разработок, посвященных данному вопросу. В Великобритании не было никаких публикаций, посвященных контрольным испытаниям, — только отчеты об эпизодических случаях, уже упомянутые выше (Wijesinghe, 1977; Degun and Degun, 1982; Misra, 1985).

Есть лишь одна работа Облера (Облер, 1982), в которой гипноз выступил как важный компонент поискового проекта, и она была проделана в Соединенных Штатах. Главной целью исследования Облера было выяснить, что является более эффективным: сочетанный бихевиористский и психодинамический подход с подключением к нему гипноза или метод парного лечения с участием котерапевтов, предложенный Мастерсом и Джонсон. При сочетанном подходе предполагалось выявить истоки сексуальной проблемы, тогда как терапия Мастерса и Джонсон была направлена на создание с помощью упражнений и стимуляции раскрепощающей сексуальной обстановки. Из 42 женщин, страдавших аноргазмией, Облер отобрал для исследования 26. До и после лечения все женщины и их партнеры прошли тестирование, в котором были представлены 20 тем, касавшихся реакций на сексуальную прелюдию, половой акт и тревоги в социальных

гипнотерапия и сексуальные проблемы 213

я сексуальных ситуациях. Он разделил 26 клиенток на три группы: 1-я экспериментальная группа, на которую воздействовали сочетанным методом в течение 42 недель (Э1); 2-я экспериментальная группа, на протяжении 16 недель получавшая терапию Мастерса и Джонсон (Э2); и контрольная группа, в которой не проводилось лечение, но таковое было обещано в конце испытаний. Со сделанным предложением согласились все. Процедуры, проводившиеся в рамках сочетанного подхода с применением гипноза, были подробно описаны в одном из разделов данной главы. Результаты показали, что в контрольной группе не произошло никаких изменений, но в обеих экспериментальных группах наступило улучшение: к концу испытаний о наступлении оргазма доложили 7 из 8 клиенток в группе Э1 и 2 из 8 в группе Э2. Однако в группе Э1 больше внимания уделялось более глубокому анализу проблемы, и работа производилась только с клиентками, без привлечения партнеров. Катамнестическое исследование через 4 года показало, что у 6 клиенток из 7 в группе Э1 сохранилось достигнутое улучшение, тогда как 2 клиентки из группы Э2, ранее продемонстрировавшие позитивные сдвиги, регрессировали к прежнему уровню и у них, фактически уже через 2 года развился рецидив. При катамнестическом анализе результатов 4-мя годами позже не было выявлено разницы между контрольной группой и группой Э2, а показатели группы Э1 в плане достижения оргазма были выше, чем в группе Э2. Облер сделал вывод, что с помощью сочетанного подхода достигался более продолжительный эффект.

В этом исследовании клиенток достаточно тщательно оценивали с помощью вопросника и психологического тестирования, однако в связи с тем, что это было контрольное сопоставление, не делалось попытки учесть их индивидуальные потребности и разработать лечение, исходящее из каких-либо психологических критериев. Работа Облера имеет тот недостаток, что группой Э1

занимались 42 недели, а группой Э2 — только 16. Если бы Облер учел количество сессий в каждой из групп, его данные могли бы иметь большее значение. Действенность гипноза в этом исследовании оценить трудно, поскольку о применении его в стандартизированной форме сказано не-

много. Сам автор даже не выделяет специальную роль гипноз в корректирующей терапии.

Будущие разработки

Теперь, когда подготовка секс-консультантов стала в Великобритании широко доступной, а гипнотические техники преподаются специалистам немедицинского профиля, можно ожидать, что главные научные разработки еще впереди. Уже не существует проблем 1960-х и 1970-х гг., когда официальную подготовку по практике гипноза могли получить лишь врачи и дантисты. Сейчас необходимо, чтобы терапевты, занимающиеся сексуальными проблемами, проводили контролируемые испытания с целью оценки эффективности различных методов лечения с использованием гипноза или без него. Поскольку гипноз был найден весьма важным терапевтическим дополнением к поведенческой психотерапии и главным фактором в эриксоновских техниках, пришло время британским терапевтам обратиться к исследовательским проектам, выявляющим, насколько полезен гипноз в их деятельности.

Так как гипноз включает в себя столь многие компоненты и существует такое разнообразие способов его применения, а также потому, что секс-терапия продемонстрировала столь разные подходы и направления, не удивительно, что перед нами простирается множество неисследованных областей знания, среди которых можно назвать:

1. Эффективность постгипнотической суггестии.
2. Полезность гипноза и самогипноза в сравнении с более распространенными методами релаксации (например, техникой релаксации Джекобсона, аутотренинга и техники Александра).
3. Сравнительная ценность воображаемых действий и действий *in vivo* — особенно в поведенческой психотерапии.
4. Сравнительная эффективность индивидуальной и совместной терапии.
5. Значение исследования и раскрытия анамнестических причин в противоположность поведенческим методам.

215

с Влияние гипнабельности на эффективность секс-терапии. 7 Влияние гипнабельности на эффективность секс-терапии

при конкретных сексуальных дисфункциях.

Этот перечень ни в коем случае не является исчерпывающим, но перечисленные вопросы представляются нам перспективными для исследования.

Литература

- Alexander, L. (1974) Treatment of impotency and anorgasmia by psychotherapy aided by hypnosis, *American Journal of Clinical Hypnosis* 17:33-43.
- Araoz, D. L. (1980) Clinical hypnosis in treating sexual abulia, *American Journal of Family Therapy* 8: 48-57.
- Araoz, D. L. (1983) Hypnosex therapy, *American Journal of Clinical Hypnosis* 26: 37-41.
- Bancroft, J. (1985) Marital sex therapy, in W. Dryden (ed.) *Marital Therapy in Britain Vol. 2. Special Areas*, London: Harper & Row.
- Beigel, H. G. (1971) The hypnotherapeutic approach to male impotence, *Journal of Sex Research* 7:168-176.
- Beigel, H. G. (1980) Premature ejaculation, in H. G. Beigel and W. R. Johnson (eds) *Application of Hypnosis in Sex Therapy*, Springfield, 111.: Charles C. Thomas.
- Bridges, C F., Critelli, J. W. and Loos, V. E. (1985) Hypnotic susceptibility, inhibitory control and orgasmic consistency. *Archives of Sexual Behaviour* 14: 373-376.
- Cheek, D. B. (1976) Hypnotherapy for secondary frigidity after radical surgery for gynaecological cancer: 2 case reports, *American Journal of Clinical Hypnosis* 19:13-19.
- Clarke, J. C. and Jackson, J. A. (1983) *Hypnosis and Behavior Therapy: The Treatment of Anxiety and Phobias*, New York: Springer.
- Cole, M. (1985) Sex therapy — a critical appraisal, *British Journal of Psychiatry* 147: 337-351.
- Cole, M. and Dryden, W. (eds) (1988) *Sex Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.
- Cooper, G. F. (1986) *Survey of Sex Therapists in Britain*, Birmingham: Training and Consultancy Services.

216

Глава 7

- Crasilneck, H. B. (1979) The use of hypnosis in the treatment of psychogenic impotency, *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 7:147-153.
- Crasilneck, H. B. and Hall, J. A. (1985) *Clinical Hypnosis: Principle and Applications*, 2nd edn. New York: Grune & Stratton.
- Crowe, M. J., Gillan, P. and Golombok, S. (1981) Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study *Behaviour Research and Therapy* 19:47-54.
- Deabler, H. L. (1976) Hypnotherapy of impotence, *American Journal of Clinical Hypnosis* 19: 9-12.
- Degun, M. D. and Degun, G. (1982) The use of hypnosis in the treatment of psychosexual disorders: with case illustrations of vaginismus, *Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis* 5: 31 -36.
- Degun, M. D. and Degun, G. (1988) The use of hypnotic dream suggestion in psychotherapy, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Dengrove, E. (1980) Hypnotherapy of sexual disorders in women, in H. G. Beigel and W. R. Johnson (eds) *Application of Hypnosis in Sex Therapy*, Springfield, 111.: Charles C Thomas.
- Dennerstein, L. (1980) Hypnosis and psychosexual dysfunction, in G. Burrows and L. Dennerstein (eds) *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Amsterdam; Elsevier/North-Holland Biomedical Press.
- Erickson, M. H, Rossi, E. and Rossi, S. (1976) *Hypnotic Realities*, New York: Irvington.
- Fabbri, R. Jr. (1976) Hypnosis and behavior therapy: a co-ordinated approach to the treatment of sexual disorders, *American Journal of Clinical Hypnosis* 19:6.
- Fuchs, K. (1980) Vaginismus: therapy by hypno-desensitization, in H. G. Beigel and W. R. Johnson (eds) *Application of Hypnosis in Sex Therapy*, Springfield, 111.: Charles C Thomas.
- Fuchs, K., Zaidise, I., Peretz, B. A. and Paldi, E. (1985) Hypnotherapy in male impotence, in D. Waxman, P. C Misra, M. Gibson and M. A. Bas-ker (eds) *Modern Trends in Hypnosis: Proceedings of the 9th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, New York: Plenum Press.
- Gilmore, L. G. (1987) Hypnotic metaphor and sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy* 13:45-57.
- гипнотерапия и сексуальные проблемы 217
- piavvton, K. (1982) The behavioural treatment of sexual dysfunction, in Symp^{osium} on Sexual Dysfunction, *British Journal of Psychiatry* 140: 94-101.
- Jehu, D. (1979) *Sexual Dysfunctions — A Behavioural Approach*, Chichester: Wiley.
- Kaplan, H. S. (1974) *The New Sex Therapy*, New York: Brunner/ Mazel.
- Kaplan, H. S. (1979) *Disorders of Sexual Desire*, London: Bailliere Tindall.
- Kowalski, R. (1985) Cognitive therapy for sexual problems, *British Journal of Sexual Medicine* 12: 64-66,90-93,131-135.
- Kroger, W. S. and Fezler, W. D. (1976) *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*, Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Lazarus, A. A. (1980) Psychological treatment of dyspareunia, in S. R. Leiblum and L. A. Pervin (eds) *Principles and Practice of Sex Therapy*, London: Tavistock.
- Levit, H. I. (1971) Marital crisis intervention: hypnosis in impotence/ frigidity cases, *American Journal of Clinical Hypnosis* 14: 56-60.
- Masters, W. H. and Johnson, V. E. (1970) *Human Sexual Inadequacy*, London: J. A. Churchill.
- Mathews, A., Bancroft J., Whitehead, A., Hackmann, A., Julier, D., Bancroft, J., Gath, D. and Shaw, P. (1983) The behavioural treatment of sexual inadequacy: a comparative study, *Behaviour Research and Therapy* 14:427-436.
- Miller, A. (1986) Hypnotherapy in a case of dissociated incest. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 24: 13-28.
- Miller, M. M. (1979) *Therapeutic Hypnosis*, New York: Human Sciences Press.
- Mirowitz, J. M. (1966) The utilisation of hypnosis in psychic impotence, *British Journal of Medical Hypnotism* 17: 25-32.
- Misra, P. C. (1985) Hypnosis and sexual disorders, in D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson and M. A. Basker (eds) *Modern Trends in Hypnosis: Proceedings of the 9th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, New York: Plenum Press.
- Obler, M. (1982) A comparison of a hypno-analytic/behaviour modification technique and a co-therapist type treatment with primary orgasmic dysfunctional females: some preliminary results, *Journal of Sex Research* 18:331-345.

218

Глава 7

- Oystragh, P. (1980) Hypnosis and frigidity: utilization of automatic writing, in H. G. Beigel and W. R. Johnson (eds) *Application of Hypnosis in Sex Therapy*, Springfield, 111.: Charles C. Thomas.
- Richardson, T. A. (1968) Hypnotherapy in frigidity and para-frigidity problems, *ycw?za/ of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine* 15:88-96.
- Schneck, J. M. (1965) Hypnotherapy for vaginismus, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 13: 92-95.
- Schneck, J. M. (1970) Psychogenic impotence with a hypnotherapy case illustration. *Psychosomatics* 11:352-354.
- Smith, H. D. (1975) The use of hypnosis in treating inorgasmic sexual response in women — the report of five cases. *Journal of the American Institute of Hypnosis* 16: 119-125.
- Ward, W. O. (1980) Successful treatment of frigidity through hypnosis, in H. G. Beigel and W. R. Johnson (eds) *Application of Hypnosis in Sex Therapy*, Springfield, 111.: Charles C. Thomas.
- Wijesinghe, B. (1977) A case of frigidity treated by short-term hypnotherapy, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 25: 63-67.
- Wolpe., J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif: Stanford University Press.
- References.

8

Лж. Б. Уилкинсон ГИПНОЗ В МЕДИЦИНЕ

Введение

Использование измененных состояний сознания в лечебных целях пришло к нам из античности и являлось частью ранних египетской и греческой культур. На протяжении веков в различных восточных этнических группах развивались сложные упражнения по медитации и релаксации, родственные тому, что мы называем гипнозом. На Западе интерес к подобным состояниям сознания фактически проявился в третьей четверти XVIII века в связи с фигурой Антона Месмера, врача, работавшего сначала в Вене, а затем перебравшегося в Париж, поскольку Венский университет отверг его теорию животного магнетизма. В своей теории Месмер утверждал, что здоровье зависит от поддержания правильных отношений с небесными телами и что магнит способен восстановить разрушенные отношения. Предполагалось, что лечение происходит под действием таинственных флюидов, которые с помощью магнита или намагниченного предмета проникают в тело пациента, тем самым приводя его к исцелению. Позднее королевская комиссия, созданная в Париже Людовиком XVI, осудила эту теорию как мошенническую. Однако, невзирая на отсутствие у проводимого лечения научной базы, нет сомнения в том, что во многих случаях Месмер добил-

220

ся хороших результатов, почти наверняка потому, что пациенты, которых гипнотизировали, в последующем демонстрировали все большую внушаемость.

В Великобритании «месмеризм» был взят на вооружение хорошо известным врачом из больницы! при Университетском Колледже Лондона, по имени Джон Эллиотсон, но, несмотря на определенный успех, его лечение привело к конфликту с больничным руководством, и он был н*ынужден выйти в отставку. Однако он продолжал практиковать частно, сосредоточиваясь в основном на невротических и функциональных расстройствах и считая, что месмеризм действует посредством физического агента или животного магнетизма. Более рациональную теорию, объяснявшую успех месмеризма, представил Джеймс Брэд, хирург из Манчестера. После тщательных исследований он выяснил субъективный характер явлений месмеризма и независимость их от магических способностей терапевта. Он считал месмеризм формой «нервного сна» и, таким образом, назвал его «гипнотизмом» (от греческого «гипнос», что означает «сон»). Это название укоренилось, хотя сегодня мы знаем, что гипноз не является сном.

Интерес к гипнозу получил свое развитие в последней четверти XIX века, главным образом во Франции, в работах Либо в Нанте и Бернхейма в Страсбурге. Они пришли к заключению, что гипноз оказывал свое воздействие с помощью сознания пациента, которое пребывало в нормальном состоянии между сном и бодрствованием. Позднее гипнозом пользовался Фрейд, но в дальнейшем отказался от него в пользу своей собственной техники психоанализа; это было шагом назад в лечебном применении гипноза, хотя в незначительной степени он применялся во время обеих мировых войн и в Корее для лечения контуженого или измотанного боями личного состава. С тех пор возрастание интереса к медицинскому применению гипноза отмечалось как в

Северной Америке и Австралии, так и в Великобритании и Европе в целом, а работа Майера-Лаф-нэна и др. (Maher-Loughnan eL al., 1962), посвященная лечению астмы с помощью самогипноза, побудила многих клиницистов использовать гипноз в терапии всех видов психосоматических заболеваний.

221

Гипноз, однако, применяется не столь широко, сколь представляется нужным, возможно, потому, что требует большего времени, нежели назначение лекарственных препаратов. Существует также давнее предвзятое отношение к гипнозу, вызванное деятельностью сценических гипнотизеров и прочих лиц, которые необоснованно используют его в психологии или медицине. Но, примененный в форме самогипноза, он многое может предложить для повышения у пациентов уверенности в себе, укрепления в них морального духа и установления согласия между пациентом и терапевтом.

Гипнотерапевтические подходы: общие принципы

Измененное состояние сознания, которое мы называем гипнозом, делает пациента способным к достижению более глубокого уровня душевной и физической релаксации, чем это возможно при полной ясности сознания; оно, таким образом, не является сном, и утраты сознания не происходит. Состояние гипноза характеризуется повышенной внушаемостью, но последняя имеет пределы, так как люди воспримут лишь те суггестии, которые кажутся им разумными и оправданными; все остальное, скорее всего, окажется неэффективным и потенциально вредным для взаимоотношений между терапевтом и пациентом. На практике такой проблемы обычно не возникает, поскольку цели и возможные последствия лечения в деталях обсуждаются с больным. Повышенное внимание, которое отмечается у пациента под гипнозом, неуклонно снижается, ограничивая свой диапазон словами терапевта, что придает дополнительную силу любым суггестиям. Люди обращаются к гипнотерапии, потому что хотят в чем-то измениться — снизить, например, общую тревогу, избавиться от неприятного симптома или сменить поведение, которое представляется им несоответствующим образу их жизни. Поэтому они обычно принимают суггестии, направленные на достижение этих целей; мотивация имеет безусловное значение, но в целом большинство больных хотят почувствовать себя лучше.

222

В настоящее время большинство клиницистов, практикующих гипнотерапию, признает желательность самогипноза при многих заболеваниях. Его преимущества очевидны: лечение проводится с большей частотой по мере того, как пациенты обучаются эффективной самопомощи; он требует меньше времени от терапевта; он уменьшает взаимную зависимость терапевта и больного, но чрезвычайно укрепляет согласие между ними; и наконец, (вероятно, это самое главное) он является формой самопомощи, которая укрепляет моральный дух и повышает уверенность пациента в собственных силах, что обязательно должно быть целью всего лечения, проводимого в этой сфере. Тех, кто мотивирован к выздоровлению, легко обучить самогипнозу.

При наличии преимущественно соматических симптомов в медицинских условиях важно в первую очередь исключить органическое заболевание с помощью тщательного сбора анамнеза, физического и, по необходимости, другого обследования. Если окажется, что в данном случае показано лечение гипнозом, это должно быть разъяснено и всесторонне обсуждено с пациентом (или с родителями ребенка); большинство неудач возникает из-за отсутствия именно этого фактора, нежели каких-то других, поскольку неправильное понимание гипноза является обычным делом и должно быть исправлено в самом начале. Не следует приступать к гипнозу на первой же сессии; больных лучше отпустить домой, снабдив доступной информацией, чтобы они сами могли решить, принять такую форму лечения или нет.

Если больной и терапевт пришли к согласию насчет желательности гипнотерапии, то на второй сессии может быть осуществлена гипнотическая индукция с помощью неавторитарной, пассивной техники. При этом нужно, чтобы больные заранее знали, что при гипнозе им будут *помогать*, а не *заставлять* делать что-либо, что их сознание останется бодрствующим даже в случае, если они испытают глубочайшее расслабление. Индукция, правильно подготовленная описанным образом, не должна занимать больше трех-четырех минут, а при дополнении ее углубляющими процедурами, если таковые по-

гипноз в медицине

223

требуются, она может продлиться на несколько минут дольше. Когда пациент погружается в гипнотическое состояние, ему даются суггестии общей релаксации, снижения напряжения и того, что на последующих сессиях будет достигнуто еще более глубокое расслабление. После выхода из

гипноза происходит обсуждение переживаний больного, и если все прошло удовлетворительно, индукция повторяется, и в качестве постгипнотической суггестии (ПГС) преподается самогипноз: это значит, что во время гипноза внушается, что в будущем произойдет нечто особенное. Внушается, что когда будет дана ПГС или сигнал, начнется самогипноз, который продлится около 15 минут и затем автоматически и самопроизвольно прекратится. Сигналами могут быть фиксация глаз и обратный счет от десяти до нуля или повторение слов «покой» или «отдых». Затем в консультационном кабинете пациента просят использовать сигнал и войти в самогипноз, после чего даются закрепляющие суггестии душевной и физической релаксации по типу процедуры эго-усиления Хартланда (Hartland, 1971). Эта процедура, описанная в главе 2 настоящей книги, включает в себя суггестии сниженного напряжения и тревоги, лучшей способности к спокойному и ясному мышлению, повышения уверенности в себе и желания преодолевать жизненные трудности, а также улучшенной формулы сна — все, таким образом, оказывается связанным с потребностями больного.

Закрепляющие сессии повторяются на протяжении двух или трех недель с недельными интервалами при условии, что пациент, по меньшей мере, один раз в день практикует самогипноз дома. На каждой лечебной сессии обсуждаются дневники, в процессе чего внимание пациента обращается на любые улучшения. Самым важным в клинической работе является, в первую очередь, сосредоточенность на *общем* напряжении, безотносительно конкретных симптомов. Ранняя суггестия их исчезновения подвергает испытанию доверчивость пациента и, на самом деле, редко срабатывает; этим лучше заниматься позднее; как правило, как только понижается уровень тревоги и напряжения, наступает спонтанное улучшение в плане специфических симптомов. Пациента следует предупредить, что для

224

Глава 8

улучшения его состояния необходимо какое-то время, и этот процесс редко развивается по прямой, обычно это происходит постепенно, шаг за шагом, иногда — с возможным возвращением симптомов (временные рецидивы), к чему нужно готовиться и с чем нужно бороться. Интервалы между закрепляющими сессиями постепенно увеличиваются; с течением времени пациент все больше и больше берет лечение на себя. Ежедневный самогипноз должен продолжаться в течение минимум трех месяцев после появления первых признаков улучшения, и тогда можно начать медленно снижать количество самостоятельных занятий. В большинстве случаев преимущественно соматических жалоб больные нуждаются примерно в шести сессиях в первые два месяца и около двенадцати — в первые полгода, однако существуют многочисленные варианты в зависимости от нужд больного. Майер-Лафнан (Maher-Loughnan, 1980) обнаружил, что 75% из 103 больных с разнообразными психосоматическими расстройствами начали чувствовать себя лучше в пределах 12 недель после начала самогипноза, а 72% достигли полной ремиссии или 80% улучшения в течение года. Больные в возрасте до 20 лет отреагировали быстрее, и во всем этом не было различия между представителями разных полов. Высказывалось предположение, что пациенты могли сообщать об улучшениях, тогда как на деле ничего не улучшалось, а им просто хотелось порадовать терапевта; они, по мнению автора, не хотели, чтобы врач переоценил прогресс и слишком рано закончил лечение. Наблюдение должно продолжаться до тех пор, пока больной не ощутит, что больше не нуждается в поддержке, после чего у него остается возможность возобновить лечение, если симптомы болезни вернуться.

Отбор больных

Болезнь должна протекать достаточно тяжело, чтобы гарантировать дисциплину и ежедневную практику самогипноза. Больным не обязательно быть способными к глубокому трансу, поскольку большинство соматических симптомов неплохо излечиваются уже при малой глубине гипноза, однако в случаях, когда очевидно влияние психологических проблем, требуется, по меньшей мере, средняя глубина погружения. Хо-

225

рошими субъектами являются дети в возрасте 9 лет и старше, при условии, что они достаточно развиты и симптомы их болезни достаточно неприятны, чтобы мотивировать их к регулярному применению самогипноза (см. главу 10, в которой речь идет о практике гипноза в работе с детьми). Психозов лучше не касаться вообще; больным же с явными признаками депрессии вначале следует провести соответствующую антидепрессивную терапию и лишь потом прибегнуть к самогипнозу: когда тревогу начинают лечить первой, депрессия может усилиться. Таким образом, видно, что при наличии в заболевании выраженной психологической

составляющей — то есть при психосоматическом заболевании — такие болезни, как было показано выше, лучше всего поддаются гипнотерапии, и сейчас будут рассмотрены наиболее важные из этих состояний.

Специальное применение: процедуры и данные исследований

Дыхательная система

Астма

Это состояние, которое отличается кратковременными изменениями сопротивления воздуху, проходящего через бронхи. Эти эпизоды отмечаются у людей с гиперчувствительностью к внешним раздражителям и обычно сопровождаются экспираторной одышкой, однако может быть и так, что единственным симптомом окажется кашель, особенно у детей. Более 10% населения Великобритании может указать на эпизоды одышки в прошлом, обычно отмечавшиеся при вирусной инфекции, которая вызывает временное сужение бронхов в связи с их повышенной реактивностью. Диагноз астмы предполагает, что симптомы должны либо сохраняться, либо рецидивировать, и в этом случае речь идет примерно о 5% населения. Такие легко уязвимые индивиды развили в себе или унаследовали предрасположенность к определенной реакции не только на внешние раздражители, но также на стрессы и тяготы повседневной жизни.

8 М. Хип

226

Глава 8

Приступы астмы могут провоцироваться физическими упражнениями, аллергией (гиперсенсibilизация), инфекцией и сильными эмоциями; по мере развития приступа происходит сужение бронхов, вызванное сокращением мускулатуры их стенок. Также происходит набухание слизистой бронхов с выделением в их просвет слизи, содержащей клеточные элементы воспаления, что в совокупности приводит к дальнейшей обструкции. Распространенными аллергенами являются цветочная пыльца, плесень, частицы комнатной пыли, а также шерсть и перхоть животных, однако механические раздражители — такие, как пыль и дым — тоже могут вызывать одышку. Инфекции, приводящие к приступам, обычно являются вирусными, но могут быть и бактериальными. Эмоциональный фактор с трудом поддается оценке, однако собственную одышку никто не в силах рассматривать объективно, и потому в развитии астматического приступа тревога представляется частым и влиятельным осложняющим фактором. Каким бы ни был непосредственный раздражитель, затруднение дыхания на ранней стадии влечет за собой порочный круг, включающий тревогу, большую одышку, большую тревогу; ситуацию осложняет гипервентиляция, сопровождающая тревогу. Риис (Rees, 1956) изучил 441 случай астмы при 321 контрольном испытуемом и обнаружил в первой группе гораздо большую распространенность маркированной тревоги, неуверенности, чувствительности и склонности к обсессиям. В развитии астмы у детей была выявлена роль неправильного отношения родителей; чаще всего отмечалась гиперопека, реже — неприятие и завышенные требования. В большом числе случаев такие личностные особенности и установки предшествовали развитию астмы. Обычными факторами, провоцировавшими приступы, были тревога и напряжение, приятное волнение, фрустрация, гнев, обида, оскорбление, депрессия, смех, чувство вины, радость и восторг. В астматической группе, взятой в целом, психологические факторы играли этиологически важную роль в 70% случаев, инфекционные — в 68%, аллергические — в 36%.

Таким образом, создается впечатление, что астма обязана своим развитием сочетанию чрезмерного раздражения нервов, иннервирующих бронхи, с выделением различных веществ, су-

227
ясающих бронхи (например, гистамина), из тучных клеток, макрофагов и других клеточных элементов воспаления (Barnes, 1987). Показано, что в этиологии астмы играют свою роль, изолированно или совместно, тревога, внушение и факторы окружающей среды (Cohen, 1971). Бронхиальное дерево при астме обязательно пребывает в состоянии перевозбуждения, и Гроэн (Groen, 1976) цитирует как свои работы, так и труды Деккера, в которых доказано, что одышка может возникнуть, если больные попадают в эмоционально значимые для них ситуации. Эти приступы, вызванные в лабораторных условиях, ничем не отличались от тех, что начинались при вдыхании аллергенов, или от приступов, возникавших у больных «спонтанно».

Астму могут вызывать несколько факторов одновременно: приступы, например, могут начинаться из-за аллергии и инфекции и персистировать посредством тревоги и страха, порожденных неприятными ощущениями; для другого пациента аналогичную роль могут с самого начала играть психологические факторы. Следовательно, в каждом случае должен быть собран тщательный и

всесторонний анамнез, охватывающий следующие аспекты:

1. Семья — отношения с и между родителями, братьями и сестрами; также — школьные годы и т. д.
2. Семейное положение — если имеет значение; отношения с супругом(ой), детьми — родными или приемными; домашние проблемы, если таковые есть.
3. Потери — особенно недавние.
4. Удовлетворение, получаемое от работы; отношения с коллегами; возможные финансовые проблемы.
5. Прошлые заболевания — особенно инфекционные заболевания органов дыхания; возможные аллергии; возможные депрессии.

Если задать перечисленные вопросы, то можно получить достаточно точную картину образа жизни и проблем пациента.

Лечение астмы. За последние 25 лет при лечении астмы все большее предпочтение отдавалось медикаментам и все меньше уделялось внимания ее психологическим аспектам. При обострении астмы лекарственная терапия важна и продлевает жизнь; в качестве поддерживающей она улучшила качество

228

Глава 8

жизни множества людей. Однако при длительной стероидной терапии развиваются побочные эффекты, и в период между 1974 и 1984 гг. в Соединенном Королевстве смертность от астмы ежегодно возрастала в среднем на 4-7% в возрастной группе от 5 до 34 лет; этот рост был больше выражен среди мужчин (Vigney, 1986). Главной причиной этого называлась неспособность врача или больного правильно оценить тяжесть приступа, однако такой ответ вряд ли является исчерпывающим, поскольку общие принципы лечения астмы не менялись на протяжении многих лет. Недостающим звеном в объяснении безуспешности терапии могло быть невнимание к эмоциональному аспекту заболевания. Неудачная переподготовка также может иметь значение там, где астматическое дыхание обусловлено психологическими факторами. По причинам, представленным ранее, уникальным средством помощи астматическим больным оказывается самогипноз по методике Майера-Лафнана и др. (Maher-Loughnan et al., 1962); при необходимости он также улучшает исследование чувствительного материала на закрепляющих сессиях и обеспечивает метод переподготовки. Это, по существу, *превентивное лечение*: оно не годится при остром приступе, когда должны быть использованы все доступные средства, включая стероидные гормоны. Лучше всего обращаться к самогипнозу тогда, когда поставлен точный диагноз астмы и все идет к тому, что может потребоваться длительная поддерживающая стероидная терапия. Похоже, что у многих больных развивается зависимость от стероидов, и в этом случае результаты гипнотерапии оказываются менее удовлетворительными, хотя она может помочь в снижении дозы гормонов. Как подчеркивалось выше, этот вид лечения с самого начала ставит цель: общее снижение напряжения и тревоги с помощью эго-усиления, а также обратную связь, которая появляется по мере наступления улучшения, что повышает и уверенность пациентов в себе, и их способность сопротивляться болезни. Во все периоды следует избегать прямого устранения симптомов, потому что когда астматику внушают, что он не задыхается и не «зажат в тиски», тогда как на деле происходит именно так, у него почти наверняка понизится частота дыхания; в практике автора был такой случай выраженного ухудшения у больного.

229

Анализ результатов. В первом контрольном исследовании применения самогипноза при астме Майер-Лафнан и др. (Maher-Loughnan et al. 1962) показали его ведущую роль в снижении частоты и тяжести приступов у 27 больных в сравнении с 28 контрольными пациентами, применявшими новейший изопреналиновый ингалятор Медихалер; испытание длилось шесть месяцев. В предпринятых Британской противотуберкулезной ассоциацией (British Tuberculosis Association, 1968) многоцелевых испытаниях, которым подвергались 252 пациента с умеренным или тяжелым течением астмы, независимые клинические эксперты отметили, что состояние 59% больных из группы самогипноза улучшилось против 43% из тех, кто теми же врачами обучался расслабляющим дыхательным упражнениям; это испытание длилось один год, и в течение второй его половины в обеих группах отмечалось нарастающее улучшение, особенно в женской группе гипноза. Врачи, имевшие опыт применения гипноза, добились лучших результатов, нежели те, кто не имел подобной практики. Измерять поступление воздуха в легкие удавалось лишь один раз в месяц; это не соответствует требованиям, однако субъективная оценка частоты и тяжести

приступов и эффективности бронхорасширяющих средств, выраженная в дневниках, дает достаточно точное понимание прогресса в подавляющем большинстве случаев. Майер-Лафнан (Maier-Loughnan, 1970) описывал последовательное шестилетнее лечение самогипнозом 173 случаев астмы: у 82% больных были зафиксированы значительное улучшение или полная ремиссия. По неопубликованным данным автора настоящей статьи, полученным при лечении в 1972 г. 70 больных с непрерывно текущей формой астмы, 27% из них после самогипноза избавились от своих симптомов или испытали очень значительное облегчение, а состояние следующих 36% существенно улучшилось. В 30 случаях влияние эмоциональных факторов представлялось особенно важным, и 67% из этих больных выздоровели; лучше поправлялись пациенты в возрасте до 50 лет, а также те, кто демонстрировал средний или высокий уровень гипнабельности. Эта выборка показала менее удовлетворительные результаты у пациентов, которые уже получали стероидные гормоны, и это подтвердил Коллисон (Collison, 230

Глава 8

1975). В его группе 121 больной получал лечение самогипнозом; 21% из них избавились от приступов, следующие 33% продемонстрировали хороший результат со значительным снижением частоты и тяжести приступов или уменьшением дозы лекарств; и половина из 46%, отреагировавших слабо ощущали отчетливое субъективное улучшение самочувствия. Сорок четыре человека из 56, результат у которых был незначителен или отсутствовал, в течение длительного времени получали стероидную терапию. Недавно Моррисон (Morrison, 1988) при тщательном обследовании 16 астматиков, 12 из которых страдали астмой свыше десяти лет, обнаружил, что после одного года гипнотерапии с применением самогипноза частота госпитализаций снизилась с 44 в год до начала терапии до 13 — после; длительность пребывания в стационаре для 13 пациентов уменьшилась в целом на 249 дней; преднизолон был отменен в 6 случаях и снижена его доза — в 8 (не повышалась ни разу).

Обсуждение. Британской противотуберкулезной ассоциацией (British Tuberculosis Association, 1968) был сделан вывод, что психологические пусковые механизмы трудно отделить от прочих, поскольку, в павловском понимании, большинство из них, включая аллергические, имеют некоторую степень психологической обусловленности. «Представление, согласно которому режим ежедневного самогипноза заменяет старые привычки новыми упражнениями, способно объяснить однородную, вне зависимости от пускового механизма, реакцию на лечение». Правда, в последние годы растет ощущение, особенно среди тех, кто интересуется лечением как астмы, так и гипервентиляции (см. ниже), что последняя может играть в развитии астматического приступа гораздо более серьезную роль, чем представлялось раньше; с усиленным потоком воздуха она способна вызывать сужение бронхов из-за охлаждения и также, возможно, из-за повышенного вдыхания аллергенов или других раздражителей, содержащихся в воздухе (Clarke and Gibson, 1980). Она также снижает эффективность дыхания тем, что перекладывает дыхательную функцию с диафрагмы на верхние отделы грудной клетки.

В этой главе астма рассматривалась столь подробно потому, что это не только самый изученный вид психосоматическо-

231

ю заболевания, поддающегося гипнотерапии, но и потенциально опасная болезнь, которая иллюстрирует многие проблемы, порождающиеся полиэтиологичными заболеваниями. Более того, принципы лечения, указанные выше, применимы к другим похожим заболеваниям.

Хроническая гипервентиляция

Понятие «гипервентиляции» означает дыхание сверх потребностей организма, она является естественной реакцией на страх и тревогу, которая возникает по первобытному принципу «либо сражаться, либо убежать». В нас по-прежнему сохраняется эта реакция в ответ на неприятные, пугающие или тревожные ситуации, но поскольку в современных условиях учащенное дыхание зачастую не сопровождается двигательной активностью, оно оказывается неблагоприятным и приводит к выдыханию слишком большого количества углекислого газа (CO_2), таким образом, снижается парциальное давление CO_2 в крови (PCO_2). Это приводит к смещению кислотно-щелочного баланса в крови (pH) в сторону алкалоза (респираторный алкалоз), который может оказать глубокое воздействие, в частности, непосредственно на нервную систему, но также приводит к некоторому сокращению мускулатуры стенок мозговых артерий, что слегка снижает приток кислорода к мозгу (Lum, 1976, 1981, 1987). Такое понижение pH крови вызывает широкое многообразие симптомов, поскольку может затрагиваться любой участок нервной системы, и

именно набор не связанных между собой симптомов является ключом к диагнозу; это может быть подтверждено с помощью капнографии, которая представляет собой длительное наблюдение за уровнем PCO₂ при параллельном слежении за влиянием таких раздражителей, как форсированное дыхание и размышления о стрессовых ситуациях (Nixon and Freeman, 1988). Эти раздражители значительно снижают PCO₂, а последующее возвращение к исходному уровню происходит медленнее, чем у здоровых субъектов. Гипервентиляция влечет за собой учащенное, поверхностное, нестабильное и неравномерное дыхание; оно также является неэффективным, поскольку в нем участвуют верхние

232

Глава 8

отделы грудной клетки без диафрагмы, и легко прерывается вздохами или зевотой. Однако субъективно оно может никак не ощущаться и оставаться незамеченным, а потому часто не диагностируется, что очень вредит пациенту, который может подвергаться ненужному малоприятному обследованию и бессмысленному лечению. Комбинация самогипноза с расслабленным ди-афрагмальным дыханием является лучшим-способом решения проблемы в сочетании с исчерпывающим разъяснением больному ее механизма (Wilkinson, 1988). Это чрезвычайно важно, так как реальные, психологически обусловленные симптомы раньше расценивались как «нервы», или даже симуляция, что естественным образом повышало страх и фрустрацию больного, приводя к большей гипервентиляции, типичному «порочному кругу». Гипервентиляция в ее связи с гипнозом и тревогой обсуждается также в главе 3.

Интересно и, вероятно, важно, что симптомы гипервентиляции идентичны тем, что наблюдаются при синдроме усталости, приобретенной после вирусной инфекции (миалгическая энцефаломиопатия, или МЭ), хотя в последнем случае утомляемость мышц выражена сильнее. 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, чувство сдавления в горле, отрыжка, недомогание, вздутие живота, расстройство кишечника (обычно слабый стул), судороги или подергивание в мышцах, напряжение в шее, плечах и спине, плохая концентрация внимания, тревога, ощущение нереальности обстановки, агорафобия и приступы паники. Возможно, что многие такие больные развили в себе привычку к гипервентиляции после первичной вирусной инфекции — обычная ситуация, объясняющая упорное сохранение симптомов. Сочетание покоя, последовательных упражнений, самогипноза и дыхательного контроля представляет обнадеживающие результаты в большом проценте случаев и является важным, поскольку никакого специального лечения не существует и больные склонны прибегать к бесполезным и зачастую дорогостоящим средствам терапии.

233

Сердечно-сосудистая система

Проблемы, которые будут рассмотрены в этом разделе, включают боли в грудной клетке, сердцебиение, не связанное с серьезными заболеваниями сердца, обучение больных, перенесших приступ коронарной недостаточности, и повышенное артериальное давление (гипертензия).

Стенокардия

Тревога, обычно через механизм гипервентиляции, может порождать боли в грудной клетке, которые очень похожи на боли при истинной стенокардии напряжения (Evans and Lum, 1977), а в некоторых случаях осложняют последнюю (Freeman and Nixon, 1985).

Сердцебиение

Сердцебиением называется чувство биения сердца, и обычно оно порождается беспокойным, иногда нерегулярным, сердечным ритмом, но также и слишком высокой частотой пульса при тахикардии. Тревога в этом случае может снова либо создавать, либо осложнять ситуацию, проявляясь в разбалансированной работе вегетативной нервной системы и будучи связанной с повышенной выработкой адреналина.

Реабилитация после закупорки коронарных артерий

Вечной проблемой кардиологии являются больные, которые перенесли коронарный тромбоз. Они совмещают тревогу за свое здоровье с неспособностью изменить стиль жизни в соответствии с изменившимися обстоятельствами. Эту ситуацию хорошо выразил Никсон (Nixon, 1976) при помощи «кривой человеческого функционирования» (рис. 8.1), которая также применима ко всем, кто измучен жизненными невзгодами.

Гипертензия

Те же самые проблемы встают перед больными с повышенным кровяным давлением, которым нужно научиться душевному и физическому расслаблению, а свою жизнь устроить так, чтобы давление всегда оставалось нормальным или близким

234

Глава 8

к нормальному. После проведения сессий, включавших в себя мышечную релаксацию с последующим гипнозом, Диблер и др. (Deabler et al., 1973) обнаружили значительное снижение давления у шести больных, не получавших до того никакого лечения, а у девяти пациентов оно стабилизировалось на фоне приема гипотензивных средств; в контрольной группе улучшения получено не было, притом что никакого лечения и не проводилось, но ее членов просили приходить в больницу как пациентов дневного стационара. Уровень давления снижался посредством релаксации, однако до нормальных цифр доводился с помощью гипноза; для закрепления успеха больных после четырех сессий из восьми обучили самогипнозу; улучшение же включало в себя уменьшение таких симптомов, как тревога, головная боль и бессонница.

Все перечисленные сердечные заболевания поддаются лечению самогипнозом и дыхательным контролем, поскольку последние помогают снизить уровень возбуждения настолько, что больной начинает лучше контролировать обстановку и может избавиться от того, что прежде являлось бесплодной и из-



П — точка, в которой даже минимальное возбуждение способно спровоцировать срыв

Рис. 8.1. Кривая человеческого функционирования, показывающая воздействие нарастающего возбуждения на человеческое функционирование (взято из работы Nixon, 1976)

235

цурительной борьбой за изменение глубоко въевшихся привычек (King, 1988).

Нервная система Мигрень

Мигренью страдает примерно 15-25% населения, и она отличается интермиттирующей, зачастую жестокой головной болью, которая обычно возникает в одной половине головы и потом стремится захватить всю голову. Как правило, боль сочетается с тошнотой, иногда — с рвотой, и ей в 10% случаев предшествуют зрительные нарушения. Приводились различные причины этого состояния, включая аллергию, гормональные сдвиги и эмоциональные факторы. Мигрень, таким образом, является полиэтиологическим заболеванием, а для пациентов одной из групп этиологическим фактором оказывается гипервентиляция; это не удивительно, так как считается, что первой стадией развития мигренозных головных болей является спазм церебральных артерий, после чего быстро наступает их расширение. В качестве обычного лечения назначают разнообразные анальгетики вместе с производным спорыньи, эрго-тамином, который оказывает мощное сосудосуживающее действие. Эффективность такой терапии различна и зачастую неудовлетворительна. В лечении 47 случайно отобранных больных с мигренью Андерсон и др. (Anderson et al. 1975) использовали самогипноз с эго-усилением и суггестиями постепенного улучшения; в контрольной группе назначали прохлорперазин (стеметил) — препарат, обычно применяемый при головокружении, тошноте и рвоте; результаты оценивались ежемесячно, а через год постоянного лечения проводилась независимая оценка. По сравнению с прошлым лечением в группе гипноза значительно снизилось число приступов и количество больных, страдавших офтальмической формой мигрени; в группе, получавшей прохлорперазин, эффект был тот же, что и после лечения в прошлом.

Алладин (Alladin, 1988) рассматривал предмет гипнотерапии и мигрень, сравнивая суггестии тепла, перчаточной анестезии

236

Глава 8

(онемения) и прямого улучшения с теми техниками, которые вызывали в группе только релаксацию. С пятьюдесятью больными (по десять человек в группе) работали в течение десяти еженедельных сессий; группе лечения дополнительно давалось «домашнее задание» — прослушивание аудиозаписей; в пятую группу входили контрольные очередники. Контрольная встреча назначалась через тринадцать месяцев. Тепло было в целом более эффективно, чем суггестия онемения, однако оно превосходило релаксацию лишь по частоте и тяжести мигрени в процессе лечения; катамнез же показал отсутствие различий между группами. В период, предшествовавший контролю, в группах онемения и суггестии отмечалась тенденция к рецидивам. Во всех четырех группах больные чувствовали себя лучше, чем в контрольной. Высказывается предположение, что любая процедура, которая снижает активность симпатической нервной системы, окажет непосредственный эффект на нейроваскулярный механизм развития мигрени. Тепло имеет парасимпатическую природу, а то, что гипнотическая релаксация снижает возбуждение, хорошо известно. Это позволяет заключить, что такое лечение превосходит медикаментозное и не имеет побочных эффектов.

Шум в ушах

Это зачастую неприятное состояние, при котором отмечается преходящий или постоянный шум в одном или обоих ушах. Его интенсивность различна, но чаще оно описывается как «шипение» или «свист». Этот шум широко распространен, особенно у пожилых людей, и очень устойчив к лечению. Его причины неизвестны — за исключением объяснимой связи с лекарственными препаратами типа хинина и салицилатов (аспирин) в больших дозах. Стойкость шума и ухудшение слуха могут привести к значительному напряжению и фрустрации. В прошлом появлялись сообщения об эффективном лечении этого недуга с помощью гипнотерапии, но при контрольном испытании, в котором участвовали 14 пациентов больницы Гай (Marks et al., 1985), выяснилось, что хороший результат показал лишь один больной, хотя 36% стали переносить

Гипноз в меллишне

237

ить симптомы лучше. Пациентов, отобранных случайным методом, подвергали трем формам гипноза: Е Гетеро- и самогипноз с эго-усилением и фантазированием, относящиеся к субъективной оценке шума, нацеленные на снижение уровня звука (например, поворотом вентиля на газовом баллоне);

2. Только гетеро- и самогипноз с эго-усилением;

3. Гетеро- и самогипноз с эго-усилением и представлением рядов выключателей при телефонном коммутаторе, которыми можно оперировать и снижать шум.

Возможно, стоит, несмотря на разочаровывающие результаты этого испытания, испробовать в гипнозе какое-то визуальное фантазирование, но если после двух-трех сессий не наступит очевидного улучшения, то успех маловероятен.

Кожные заболевания

Бородавки

Бородавки имеют вирусное происхождение и могут исчезать при соответствующих гипнотических суггестиях. Син-клер-Гибен и Чалмерс (Sinclair-Gieben and Chalmers, 1959) при лечении 14 больных сосредоточивались на одной половине туловища, оставляя вторую для контроля. У девяти из десяти пациентов, способных погружаться в гипноз средней и глубокой степени, пропали бородавки на стороне, подвергавшейся лечению; бородавки на контрольной стороне остались без изменений. В этих исследованиях бородавки засыхали и исчезали, не оставляя рубцов, и кажется вероятным, что этот эффект был связан с изменением кровотока посредством вегетативной нервной системы. Остроконечные кондиломы (венерические бородавки), которыми поражаются наружные половые органы, вызываются вирусом, похожим на тот, что является причиной кожных бородавок. В четырех случаях гипноз был с полным успехом применен Эвином (Ewin, 1974); перед тем как дать суггестии излечения, проводилась работа с эмоциональными составляющими. Страатмейер и Родес (Straatmeyer and Rhodes, 1983) описывают успешное лечение 48-летней женщины со стрессовой ситуацией в анамнезе, занимавшее четыре сессии, во время ко-

238

Глава 3

торых давались суггестии анестезии, проникающей в каждую бородавку наподобие безболезненной инъекции с последующим уменьшением зуда и жжения. Затем внушалось, что бородавки сморщиваются и уменьшаются, усыхают и отпадают и вскоре исчезнут совершенно,

наконец, что ее уверенность возрастает, бородавки исчезают на самом деле, и скоро она избавится от них навсегда. Трудность оценки лечения бородавок состоит в том, что они могут исчезать и исчезают сами по себе, однако возможно, что при посредстве гипноза снижается кровоток в мелких сосудах кожи, из-за чего нарушается питание бородавок. В главе 3 данной книги Гибсон продолжает обсуждение темы гипноза и бородавок.

Экзема

Это кожное заболевание, которое обычно отмечается у лиц, подверженных аллергии, сопровождающееся воспалением кожи и часто — чрезвычайно сильным зудом. Последующие расчесы ведут к изъязвлению, зачастую — к «мокнущей» коже, что приводит к весьма неприятным ощущениям и нередко — к потере сна. Для лечения с переменным успехом использовались различные препараты, лучше всего помогали стероидные кремы или мази, но без особой необходимости длительное применение этих средств нежелательно. Гипнотерапию можно использовать четырьмя способами: 1) в качестве поддержки, прибегая к эго-усилению; 2) с прямыми суггестиями уменьшения зуда, 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) внушению, что кровообращение в коже улучшится и вместе с ним улучшится ее питание, что окажет целебный эффект и снизит чувствительность нервных окончаний. При наличии эмоциональных конфликтов в них нужно разобраться и по возможности разрешить, так как они являются потенциальными факторами, поддерживающими заболевание. Хартланд (Hartland, 1971) представил подробный обзор этой проблемы и сделал вывод, что результаты лечения пребывают в диапазоне от превосходных до *слабых* — мнение, с которым согласен и автор этих строк.

239

Желудочно-кишечные заболевания

Пептическая язва (желудка или двенадцатиперстной кишки)

Язвы этого типа представляют собой разрушение участка слизистой оболочки, выстилающей полость желудка двенадцатиперстной кишки, что порождает боли в верхней части живота, которые обычно облегчаются приемом пищи или антацидных средств, а также лекарственных препаратов типа циметидина (тагамет) или ранитидина (зантак), снижающих выработку кислотосодержащего желудочного сока; таким образом, эти лекарства вызывают мощный лечебный эффект. Излечиванию препятствует курение. По окончании лечения язвы, особенно дуоденальные, имеют тенденцию к рецидивированию до тех пор, пока не будет назначена поддерживающая терапия циметидином или ранитидином. Колган и др. (Colgan et al., 1988) обследовали 30 больных с часто рецидивирующей язвенной болезнью, чьи язвы были излечены с помощью ранитидина; в дальнейшем им продолжали давать препарат в течение десяти недель, одновременно назначая половине произвольно отобранных пациентов гипнотерапию. Обе группы при этом формировались с учетом возраста, пола, привычки к курению и употреблению алкоголя. По окончании лечения ранитидином наступал контрольный период, длившийся двенадцать месяцев. Годом позже у 8 (53%) больных, получавших гипнотерапию, и 15 (100%), не получавших ее, развился рецидив. Группа гипноза получила семь сессий в сочетании с аудиозаписью для самогипноза; другая наблюдалась так же часто, но гипнотерапию не получала: через десять недель и после прекращения лечения ранитидином всех наблюдали на протяжении трех месяцев, при том что каждый раз активная группа получала гипнотерапию. Всем больным проводилась эндоскопия в конце лечения или раньше, если симптомы возникали вновь. Это исследование показывает, что гипнотерапия полезна при поддержании ремиссии у тех больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которые наиболее склонны к рецидивам. Авторы предполагают, что она может повышать

240

Глава 8

«защитные силы» организма, тем самым снижая стресс, или что гипнотически вызванная релаксация способна понизить желудочную секрецию, возможно, путем коррекции равновесия вегетативной нервной системы.

Синдромы раздраженного кишечника

Это состояние, сопровождающееся болью или неприятными ощущениями в животе, связанными с нарушенной деятельностью кишечника, но при отсутствии в то же время явного органического заболевания. Обычно ощущается вздутие живота, и могут наблюдаться либо запор, либо слабый стул. Страдает до 15% населения, 75% из них поддаются лечению средствами, снижающими

перистальтику кишечника в сочетании со слабительными препаратами. Часто отмечается выраженная тревога, и многим помогает доброжелательное отношение и разъяснение принципов работы кишечника, однако 25% продолжают испытывать неудобства. Уорвелл и др. (Whorwell et al., 1984) провели первое контрольное испытание гипнотерапии при этом заболевании, отобрав для анализа 30 пациентов с длительным и упорным течением болезни. Субъектам, отобранным произвольно, назначали либо гипнотерапию или психотерапию, либо плацебо. При лечении гипнотерапией предполагалось семь получасовых сессий с понижением их частоты в течение трех месяцев, после третьей сессии вводилось прослушивание аудиозаписи для самогипноза. Суггестии всецело направлялись на общую релаксацию и контроль над перистальтикой без каких-либо попыток анализа. (Перед гипнозом пациенту давали простое объяснение физиологии гладкой кишечной мускулатуры.) Во время гипноза индуцированное ощущение тепла в руке, покоящейся на животе, соотносилось с установлением контроля над деятельностью кишечника. Если пациент приобретал такую способность, то проводилось ее закрепление с помощью визуализации, а сессии заканчивались эго-усиливающими суггестиями. Больные из контрольной группы получали плацебо (характер не уточнялся) и семь получасовых сессий поддерживающей психотерапии, проводившейся тем же врачом; последние включали в себя обсуждение симптомов и разбор каких-либо эмоциональных про-

241

блем и стрессовых событий. Всех больных просили вести дневниковые записи на карточках, ежедневно отмечая в них частоту и степень болей и вздутия в животе, а также любое нарушение работы кишечника. В конце лечения у всех больных из гипнотерапевтической группы симптомы либо смягчались, либо исчезали; различие между группами становилось значительным к четвертой неделе, если речь шла об общем хорошем самочувствии, работе кишечника и вздутии живота; а в отношении боли — к пятой неделе. В контрольной группе отмечалось небольшое, но значимое улучшение во всех сферах, за исключением деятельности кишечника. Харви и др. (Harvey et al., 1989) наблюдали 33 больных с упорным синдромом раздраженного кишечника, прибегая к 40-минутным сессиям гипнотерапии на протяжении семи недель; пациентов также обучали самогипнозу для работы дома два раза в день. Семнадцать из них получали групповую терапию, а 16 — индивидуальную. Двадцать человек из 33 почувствовали себя лучше, 11 почти полностью избавились от симптомов, а улучшение поддерживалось до трех месяцев уже вне официального лечения. В группах до восьми пациентов гипнотерапия была столь же эффективной, как и индивидуальная терапия. Эти исследования показывают ценность гипнотерапии в лечении этого неприятного заболевания; полезный анализ проблемы был представлен Уолкером (Walker, 1988).

Терминальные состояния

Гипнотерапия на протяжении многих лет применялась в США для устранения тревоги и боли, связанных с раком и с процедурами, которые используются при лечении лейкемии у детей; похоже, что также она помогает при тошноте, вызванной химиотерапией. В Соединенном Королевстве мы в этом отношении отстали, хотя некоторые врачи общего профиля практикуют гипнотерапию при работе с больными, умирающими дома. Однако Уолкер и др. (Walker et al., 1988) наблюдали 14 пациентов, страдавших от тяжелых последствий химиотерапии злокачественных опухолей, особенно от тошноты и рвоты, которые обычно усиливались после каждого месячного курса лечения. После того как был собран полный анамнез и

242

Глава 8

достигнуто согласие, началась гипнотерапия, состоявшая из двух-шести сессий по 10-15 минут каждая; в течение последующих 15-20 минут оценивался прогресс. Пациентов обучали релаксации, «запускающей ключом», и снабжали их аудиозаписью для домашнего использования. Во время гипноза давались суггестии растущей способности к релаксации, большему спокойствию и уверенности в химиотерапии, а также того, что пациент достигнет большего контроля на сиюминутной основе; тем самым возрастала его способность переносить лечение по мере того, как побочные эффекты становились все реже и менее досаждающего свойства. При возможности первые две-три сессии гипнотерапии проводились перед следующим химиотерапевтическим курсом, последняя же из них — так близко, как только удавалось. При гипнозе большинство пациентов обучалось борьбе с тошнотой (Walker, 1984); им помогали переносить ее с помощью прямой суггестии и легкого абдоминального самомассажа; этим пациенту давалось упражнение на устранение тошноты. Психологически обусловленная тошнота

и рвота улучшились соответственно у 11 и 9 пациентов, а тошнота, вызванная фармакологически, улучшилась соответственно в 8 и 5 случаях; все 14 больных почувствовали себя лучше в плане уменьшения бессонницы, раздражительности и тревоги.

Кроме того, в Соединенном Королевстве Крафт (Kraft, 1990) сообщил о работе в хосписе с 12 умирающими больными, которые все страдали той или иной формой рака и находились в возрасте от 30 до 77 лет. Все были смертельно больны, и 9 из них умерли в течение девяти недель после начала лечения, целью которого было снижение тревоги. Крафт тщательно изучил личности пациентов и степень их смирения перед почти неизбежным финалом. Имелись три пациента с навязчивым типом личности, которым мало помогла гипнотерапия и которые предпочли психотерапию, но остальные нашли гипнотерапию очень полезной не только в смысле снижения тревоги, но и для уменьшения одышки и боли. Это исследование было предварительным, но показало обнадеживающие результаты; планируется более серьезное изучение данной проблемы (см. Kraft, готовится к печати).

243

Булушие разработки

Можно надеяться, что описанная выше работа с безнадежно больными пациентами получит большее распространение. В конце концов, мы являемся стареющей нацией с растущей возможностью приобрести рак и другие злокачественные заболевания; кроме того, нам угрожает СПИД. Было бы неплохо начинать такое лечение на возможно ранней стадии. Со времен деятельности Ганса Селье в 1950-х гг. (Selye, 1956) становилось все более ясно, что психологические факторы способны влиять на иммунную систему; а Симонтоны (Simonton et al, 1978) обучали своих больных замещать депрессию и отчаяние надеждой и смирением с помощью «релаксации и мысленных образов». При этом использовались чрезвычайно положительные образы лейкоцитов, которые атакуют и уничтожают раковые клетки, ослабленные радиотерапией или химиотерапией, а затем плохие клетки мысленно изгонялись из организма. Эта техника, таким образом, сочеталась со стандартными видами лечения. С пациентами также обсуждали взаимоотношения между телом и сознанием и стратегии для борьбы со стрессом, тем самым повышая их уверенность в себе и чувство собственного достоинства. Авторы не описывают этот метод как «гипноз» однако, по нашему мнению, не приходится сильно сомневаться в том, что большинство тех больных развили в себе измененное состояние сознания, родственное гипнозу. В любом случае, этим улучшалось качество жизни большинства пациентов, а средняя продолжительность жизни при раке молочной железы, кишечника и легких удваивалась по сравнению с таковым в Соединенных Штатах. Результаты даже лучшие, чем эти, были получены Ньютоном (Newton, 1982) в Ньютоновском центре клинического гипноза в Лос-Анджелесе, где в совместной работе с онкологами практиковался гипноз и самогипноз. Эта работа подчеркивает важность гипноза как дополнения к официальной терапии; при этом не только их сочетание оказывается более эффективным, но гипноз к тому же становится более приемлемым для клиницистов. Ньютон (Newton, 1982) написал предисловие к юбилейному, 25 выпуску Американс-

244

Глава 8

кого журнала клинического гипноза (*American Journal of Clinical Hypnosis*, 1982-3), а описание его работы представлено в самом номере, который включает в себя материалы по другим аспектам проблемы, и это обязательно должен прочесть каждый кто работает в данной сфере.

Что касается патологических состояний в целом, то вероятно, произойдет расширение практики гипноза, в основном, там, где важным элементом заболевания оказывается психосоматический фактор. Общественность все больше недовольна долгосрочным назначением транквилизаторов, и любопытно, что в авторской практике гипнотерапевтического консультирования 20-25% больных приходят самостоятельно, хотя бы и с направлениями от врачей. Другими словами, инициативу изначально проявляет больной (или родители ребенка), очень часто потому, что с помощью гипноза в прошлом успешно лечился его друг или родственник. Кроме того, в общественном сознании возрастает ценность хорошего здоровья, и в результате приветствуются методы самопомощи типа самогипноза.

Список литературы

- Alladin, A. (1988) Hypnosis in the treatment of severe chronic migraine, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
American Journal of Clinical Hypnosis (1982-1983) Special Issue: Hypnosis and Cancer 25, 2 and 3.
Anderson, J. A. D., Basker, M. A. and Dalton, R. (1975) Migraine and hypnotherapy, *International*

Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 23:48-58.

Barnes, P.J. (1987) Mechanisms of asthma. *Medicine International* 37: 1522-1525.

British Tuberculosis Association (1968) Hypnosis for asthma — a controlled trial, *British Medical Journal A*: 71-76.

Burney, P. G.J. (1986) Asthma mortality in England and Wales: evidence for a further increase, 1974-1984, *Lancet*, 9 August, 323-326.

Clarke, P. S. and Gibson, J. R. (1980) Asthma, hyperventilation and emotion, *Australian Family Physician* 9: 715-719.

245

Cohen, S. I. (1971) Psychological factors in asthma: a review of their aetiological and therapeutic significance, *Post-graduate Medical Journal* 47:533-539.

Colgan, S. M., Faragher, E. B. and Whorwell, P.J. (1988) Controlled trial of hypnotherapy in relapse prevention of duodenal ulceration. *Lancet*, 11 June, 1 (8598): 1299-1300.

Collison, D. R. (1975) Which asthmatic patients should be treated with hypnotherapy? *Medical Journal of Australia* 1:776-781.

Deabler, H. L., Fidel, E., Dillenkoffer, R. L. and Elder, S. T. (1973) The use of relaxation and hypnosis in lowering high blood pressure, *American Journal of Clinical Hypnosis* 16: 75-83.

Evans, D. W. E. and Lum, L. C (1977) Hyperventilation: an important cause of pseudo-angina, *Lancet*, 22 January, 155-157.

Ewin, D. M. (1974) Condyloma acuminatum: successful treatment of four cases by hypnosis, *American Journal of Clinical Hypnosis* 17: 73-83.

Freeman, L. J. and Nixon, P. G. F. (1985) Chest pain and the hyperventilation syndrome — some aetiological considerations. *Postgraduate Medical Journal* 61: 957-961.

Groen, J. J. (1976) Present state of the psychosomatic approach to bronchial asthma, in O. Hill (ed.) *Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Vol. 3*, London: Butterworth.

Hartland J. (1971) *Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications*, London: Bailliere Tindall.

Harvey, R. F., Hinton, R. A., Gunary R. M. and Barry, R. E. (1989) Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome, *Lancet* 1:424-425.

King J. C (1988) Hyperventilation — a therapist's point of view: discussion paper, *Journal of the Royal Society of Medicine* 81: 532-536.

Kraft, T. (1990) Use of hypnotherapy in anxiety management in the terminally ill: a preliminary study, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 7: 27-33.

Kraft, T. (in preparation) Hypnotherapy for the terminally ill: review of the first thirty cases, *Proceedings of the Seventh Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*.

Lum, L. C (1976) The syndrome of chronic habitual hyperventilation, in O. Hill (ed.) *Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Vol. 3*, London: Butterworth.

Lum, L. C. (1981) Hyperventilation and anxiety states, *Journal of the Royal Society of Medicine* 74:1-4.

246

Глава 8

Lum, L. C. (1987) Hyperventilation syndromes in medicine and psychiatry: a review *Journal of the Royal Society of Medicine* 80:229-231,

Maher-Loughnan, G. P. (1970) Hypnosis and autohypnosis for the treatment of asthma, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 18:1-14.

Maher-Loughnan, G. P. (1980) Hypnosis: Clinical application of hypnosis in medicine, *British Journal of Hospital Medicine* 23:447-455.

Maher-Loughnan, G. P., Macdonald, N., Mason, A. A. and Fry, L. (1962) Controlled trial of hypnosis in the symptomatic treatment of asthma, *British Medical Journal* 2:371-376.

Marks, N. J., Karle, H. and Onisiphorou, C (1985) A controlled trial of hypnotherapy in tinnitus. *Clinical Otolaryngology* 10:43-46.

Morrison, J. B. (1988) Chronic asthma and improvement with relaxation induced by hypnotherapy, *Journal of the Royal Society of Medicine* 81: 701-704.

Newton, B. W. (1982) The use of hypnosis in the treatment of cancer patients, *American Journal of Clinical Hypnosis* 25:104-113.

Nixon, P. G. F. (1976) The human function curve: with special reference to cardiovascular disorders, Part I and Part II, *Practitioner* 217, 765-II0 and 935-944.

Nixon, P. G. F. and Freeman, L. J. (1988) The think test: a further technique to elicit hyperventilation, *Journal of the Royal Society of Medicine* 81:277-279.

- Rees, L. (1956) Physical and emotional factors in bronchial *asthma*.. *Journal of Psychosomatic Research* 1:98-114.
- Selye, H. (1956) *The Stress of Life*, New York: McGraw-Hill.
- Simonton, O. C, Simonton, S. M. and Creighton, J. L. (1978) *Getting Well Again*, New York: Bantam Books (UK edition 1986).
- Sinclair-Gieben, A. H. C and Chalmers, D. (1959) Treatment of warts by hypnosis, *Lancet* 2: 480-482.
- Straatmeyer, A.J. and Rhodes, N. R. (1983) Condylomata acuminata: results of treatment using hypnosis, *Journal of American Academy of Dermatology* 9:434-436.
- Walker, L. G. (1984) Hypnotherapy for aversion to chemotherapy in patients with lymphoid tumours, in M. Heap (ed.) *Proceedings of the First Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*.
247
- Walker, L. G. (1988) Hypnosis in the treatment of the irritable-bowel syndrome, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Walker, L. G., Dawson, A. A., Pollet, S. M., Ratcliffe, M. A. and Hamilton, L. (1988) Hypnotherapy for chemotherapy side-effects, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 5: 79-82.
- Whorwell, P. J., Prior, A. and Faragher, E. B. (1984) Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome, *Lancet*, 1 December, 1232-1234.
- Wilkinson, J. B. (1988) Hyperventilation control techniques in combination with self-hypnosis for anxiety management, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.

9

Паулина Э. Николау

ГИПНОЗ В СТОМАТОЛОГИИ

Введение

Хотя визит к зубному врачу не всегда начинается с иглы или сверла, многих людей способна травмировать сама мысль о предстоящем обследовании и возможных ощущениях при этом. Поэтому понятно желание снизить страх и напряжение, поскольку тогда стоматологическое вмешательство станет более приемлемым для больного, а врачи получают большее удовлетворение от своей работы.

Помимо обычных процедур удаления зубного налета, шлифовки, рентгенологического исследования, инъекций, пломбирования, постановки коронок, мостов и протезов, стоматолог может быть поставлен перед необходимостью консультирования пациентов по широкому спектру расстройств и заболеваний. Последние могут включать боли в нижнечелюстном суставе, бруксизм (зубовный скрежет), поражение мягких тканей типа афтозных язв, орального герпеса, поражение полости рта (воспаление слизистой оболочки полости рта), а также разнообразные опухоли и наросты, в том числе *toruspalatinus* (естественное разрастание костной ткани в центральной части твердого неба на эмбриональной стадии развития), одонтогенные абсцессы и злокачественные новообразования. Сам характер некоторых заболеваний требует неприятных вмешательств, тем гипноз в стоматологии 249

самым вызывая чувство протеста в больном, который и так уже находится в достаточно нервном состоянии, и это может сделать лечение еще менее выносимым.

Трудности, с которыми сталкивается дантист в своей работе, простираются от невяки перепуганного больного на прием до общения с теми, кто боится умереть от потери крови. Некоторые пациенты не переносят местной анестезии и других веществ, применяемых в хирургической стоматологии, что повышает их страх перед болью.

Проявления стоматологического страха

Нервные стоматологические больные могут проявлять свой испуг по-разному: 1. Выражение лица: нет глазного контакта, несчастный вид и

так далее. 2. Положение в кресле: подбородок утоплен в груди, голова повернута в сторону от врача, или больной не хочет откинуться назад. 3. Ощущение слабости и тошноты: тошнота на фоне инъекций

в анамнезе и так далее. 4. Болтливость и другие способы затягивать время.

5. Поперхивание, кашель или повторное глотание слюны.

6. Учащенное дыхание и сердцебиение, которое легко выявляется при взгляде на пульсацию сонной артерии.

7. Хватание врача за руку, отказ раскрыть рот, плач и даже нанесение стоматологу укусов.

Й- Опоздания на прием — такие, что на лечение не остается времени.

Страх перед зубо­врачебными манипуляциями широко распространен и может являться главной проблемой. Недавний опрос пациентов общеврачебных и стоматологических клиник показал, что 46% опрошенных испытывают тревогу в связи с хирургической стоматологией (Green and Green, 1985). Легко понять, что уровень тревоги у больных, которые не обращаются за стоматологическим лечением, и у тех, кто делает это лишь в случае крайней необходимости, настолько высок, что оборачивается препятствием к любой форме стоматологического вмешательства. Пропагандирование содержать свои зубы

250

Глава 9

в порядке становится среди этих пациентов невозможным. Помимо очевидных, существует много странных и причудливых проявлений тревоги, связанной с лечением зубов. Например, Кларк и Кларк (Clarke and Clarke, 1987) описывали случай истерической слепоты, которая развилась после проведения местной анестезии 10-летней девочке; они заключили, что тревога по поводу стоматологических процедур может вылиться в реакцию конверсии, маскирующуюся под неврологическое заболевание так же, как и в более распространенную фобическую реакцию.

Некоторые причины стоматологического страха

Дантистов боятся по разным причинам, среди которых можно выделить: /. *Слухи:* рассказы других людей о неприятных ощущениях,

которые могут быть, а могут и не быть преувеличенными; карикатуры, телепрограммы или фильмы, описывающие негативные ожидания.

2. *Осуществление бессмысленных угроз:* ожидание от стоматолога кары за проступки детства («Будешь капризничать — дантист вырвет тебе все зубы!»).

3. *Стыд и страх перед ошибкой:* например, пациент может стыдиться состояния своих зубов независимо от реального положения дел или боится показаться глупым врачу и персоналу.

4. *Инструменты:* представление будущих процедур с применением всех острых инструментов, стоящих перед глазами (и сколько еще спрятано в шкафчиках?); шум некоторых инструментов — таких, как бормашина и отсос.

5. *Стороннее превосходство:* смешанные эмоции, адресованные влиятельным фигурам из прошлого, и чувство беспомощности.

6. *«Катастрофические» страхи:* например, страх перед сердечным приступом в зубо­врачебном кресле, потерей зубов, истечения кровью и онемения в зоне анестезии, которое останется навсегда.

Гипноз в стоматологии

251

7. *БОЛЬ:* ЭТО главный предмет страха. В опросе 243 больных, проведенном Вулгроувом и др. (Woolgrove et al., 1980), из тех 54%, которые боялись стоматологов, 30% выражали страх перед болью. Уордл (Wardle, 1982) сообщает, что наиболее частой причиной, которую выдвигали в качестве объяснения страха, было ожидание боли независимо от того, испытывалась ли она при прошлом лечении зубов или нет.

8. *Материнская тревога:* она может встревожить ребенка, который сам не знает причины этого. Тревожные матери могут сделать тревожными своих детей. Детские тревоги подробно рассматриваются ниже.

Проблемы и соображения

в фармакологическом лечении

Когда пациенту предлагают седативную терапию, желательно, чтобы дантист обдумал основные требования, предъявляемые к последней: безопасность, простоту осуществления, оптимальное действие, аналгезию, анестезию (например, при сложных операциях), приемлемость, сочетаемость препаратов и стоимость лечения (Ryder and Wright, 1988). В дополнение к обычному набору поверхностных и местных анестетиков можно предусмотреть и другие методы, повышающие переносимость пациентом стоматологических манипуляций.

В фармакологическом отношении перед лечением зубов можно назначить пероральные препараты, чаще всего — бензо-диазепины, которые в хирургии используют при внутривенном наркозе. Это всегда имеет ряд недостатков (Charlin, 1988), главным из которых является возможность развития у некоторых больных зависимости.

Относительная аналгезия заключается во вдыхании через небольшую маску смеси, состоящей из

закиси азота, кислорода и воздуха; это обеспечивает чувство покоя и расслабленности. Многие дантисты прибегают к этому методу в работе как с детьми, так и со взрослыми; в некоторых случаях он является практически необходимым. Это приятный способ релаксации и снижения тревоги, он не несет в себе опасности и побочных эффектов. Если больной не предпочтет тишину, дантист может

252

Глава 9

продолжить его успокаивать, давая суггестии релаксации, комфорта и отрешенности; фактически, иногда можно вообще отказаться от газа, и процедура тогда приобретает вид того, что именуется «гипнозом».

Поперхивание

В клинической стоматологии поперхивание может быть трудной проблемой, например, при осмотре полости рта, рентгенологическом исследовании, консервативном лечении и ношении протезов и других приспособлений (при взятии слепков). Большинство дантистов справляются с этим, подбадривая больного, создают для него комфортную обстановку, позволяя сидеть при взятии слепков прямо, давая советы насчет дыхания и глотания и в целом выказывая доброжелательное и ободряющее отношение. В более тяжелых случаях прибегают к анестезии мягкого неба или гипнотическим процедурам.

Детские тревоги и происхождение тревоги в стоматологии

Общее оздоровление зубов у населения делает детскую стоматологию проблемой куда меньшей, нежели два или три десятилетия назад. Обычным явлением оказывается умеренная тревога (Feinman, 1987), которая сопутствует нормальному развитию у ребенка таких ощущений, как при прорезывании и выпадении молочных зубов. В этих событиях участвует множество психодинамических процессов, которые явно вызывают у большей части населения определенное беспокойство по поводу зубов даже до начала всякого стоматологического лечения. Из-за этих переживаний лица определенного склада предрасположены к гораздо более высокому, чем в норме, уровню тревоги, связанной со стоматологическими проблемами. Крайней степенью такой тревоги является соответствующая фобия, которая порождает обыкновение полностью избегать общения с дантистами даже при отсутствии предшествующего травматичного опыта. Некоторые дети могут бояться оставаться наедине с «чужим» — дантистом, или же они могут просто не знать, как себя вести, и потому приходят в смятение.

253

Изучая чувство страха в стоматологии, Кент (Kent, 1984) отметил, что некоторые психологи выдвигают гипотезу, гласящую, что основные страхи отражают биологическую предрасположенность к тревоге по поводу ситуаций и объектов, которые в процессе эволюции представляли угрозу для человека. Хотя страхи и фобии животных распространены больше, чем дикий страх перед лечением зубов (Kent, 1984), резонно отметить, что положение лежа на спине, при том, что некто помещает в рот лежащего острые инструменты, представлялось в нашем эволюционном прошлом весьма угрожающим. В своем предположении Кент идет дальше и говорит, что если страх перед обстановкой стоматологического кабинета связан с боязнью серьезного повреждения, которое может нанести другое лицо, то решающей становится вера в то, что врач сделает все от него зависящее, чтобы не причинить вреда. Этот взгляд согласуется с глубокой привязанностью, которую тревожные больные особенно испытывают к своему дантисту. Половина опрошенных пациентов ответила, что их тревога вызвана болевыми ощущениями в детстве, но то же число респондентов свои страхи с типом врача, лечившего их в детские годы; при этом использовались такие определения, как «холодный», «равнодушный» и «грубый».

Важность распознавания психогенных факторов

Фейнман (Feinman, 1987), психиатр из истамаиского института стоматологии в Лондоне, подчеркивал важность того, чтобы дантист мог установить возможную психогенную природу таких симптомов, как постоянные боли в полости рта или зубах, а также их преувеличенность в силу действия эмоциональных факторов типа хронической тревоги или депрессии. Исследованием (Фейнман, 1987) предполагается, что больные с подобными симптомами посещают дантистов примерно в два раза чаще, чем обычные люди.

Проблема неявки

Вполне возможно, что эта проблема возрастет в связи с такими новациями в Национальной службе здравоохранения-

254

Глава 9

нения, как перекладывание основного груза забот на пациента. Дантисты не могут пропагандировать здоровье там, где некому их слушать! В подробном, замечательном обзоре Линд-сея и др. (Lindsay et al., 1987) сделан вывод, что поведенческая коррекция окажется полезной, по меньшей мере, для половины больных с тем, чтобы помочь им перенести стоматологическое вмешательство, не прибегая к седативным средствам или общему наркозу; далее заключается, что бихевиористский подход к преодолению боли показан почти каждому пациенту.

Уверенность решает все. В свете этого дантист должен уделять равное внимание как чувствам больного по поводу лечения, так и самим медицинским соображениям. Больные, как правило, положительно отзываются на доброе и дружеское отношение, когда они осведомлены в том, какое лечение их ждет (обязательное или желательное), о его стоимости и планируемом количестве посещений.

Общие принципы

По мере того как люди, с опаской относящиеся к стоматологии, все больше узнают о различных способах преодоления стресса, гипноз в этой сфере становится теперь реальной альтернативой обычно практикуемым инвазивным методам успокоения. Гипноз попадает в пустующую нишу, будучи поставлен в один ряд с такими методами облегчения боли, как поверхностная анестезия, местная анестезия и внутривенный и общий наркоз.

Исторический обзор применения гипноза в стоматологии

На протяжении всей истории «зубная боль» заставляла человечество искать избавления от нее всеми способами или верованиями, какие только считались правильными в соответствующую эпоху. В годы средневековья освобождение от боли и страданий обычно ассоциировалось с магическими заклинаниями, заговорами ведьм и языческими обрядами.

Гипноз в стоматологии
255

Начало официальному использованию гипноза для этих целей было положено деятельностью Франца Антона Месмера (1734 -1815) и его последователей (см. главу 6, посвященную воздействию на боль, и главу 8, где речь идет о медицинском применении гипноза). Известно, что в 1837 г., во Франции, доктор Оде произвел первое удаление зуба с использованием месмеризма. В США первое упоминание о «зубной» операции на фоне гипноаналгезии связано с именем Альберта Уилера, который в 1864 г. удалил назальный полип. В марте 1890 г. *British Dental Journal* сообщил, что дантист из Лидса по имени Артур Тернер (Bramwell and Turner, 1890) удалил, применяя гипноз, в общей сложности сорок зубов у разных пациентов. В последующие годы гипнотические методы использовались в стоматологии время от времени; альтернативным методом анестезии был эфирный и хлороформенный наркоз.

Однако в Великобритании интерес к стоматологическому применению гипноза оживился только в XX столетии. В 1938 г. Эрик Вуки, практикующий дантист из Лондона, напечатал

К в *British Dental Journal* статью «Практика и ограничения зубоврачебной деятельности». Он выступал с лекциями по всей Великобритании совместно с Гарри Радином, хирургом-стоматологом из Эссекса. В 1955 г. они основали Британское общество стоматологического гипноза, которое со временем привлекло внимание медиков. Впоследствии общество стало называться так, как называется и по сей день — Британское общество врачебного и стоматологического гипноза (БОВСГ)¹. В настоящее время БОВСГ имеет свои филиалы повсюду на Британских

Островах, его членами являются более тысячи врачей и дантистов. В Королевском медицинском обществе также существует отдел, занятый разработкой и распространением идей гипноза и психосоматики в общей медицине и стоматологии.

Цели и обоснование стоматологического применения гипноза

В стоматологии цель гипноза — обучить пациента наилучшим образом справляться с возникшей ситуацией. От-----

¹ British Society of Medical and Dental Hypnosis (BSMDH).

256

правной точкой является снижение страха и напряжения, после чего все, что может оказаться болезненным или кажется таковым, будет сведено к минимуму. Снижение напряжения прекращает страх и боль, которые испытываются или только предвосхищаются пациентом, так как

гипноз, вызывая релаксацию и нарушая цикл страха — напряжения — боли — страха способен разорвать порочный круг в любом звене из трех. Различные способы, которыми больной может демонстрировать страх, уже были описаны выше. Как только устанавливаются причины страха, становится возможным сделать многое для удовлетворения запросов пациента, начиная с беспрестанных заверений и информирования и заканчивая полномасштабным гипнотическим лечением. Варианты общего лечебного воздействия можно разбить на три категории.

1. К лечению обычного больного приступают как можно скорее, на должном профессиональном уровне, и обращаются с ним доброжелательно, обдуманно и сочувственно. Если не планируется сложных или длительных процедур, то никакой специальной необходимости в гипнозе нет.

2. Если пациент выказывает признаки повышенной нервозности или рассказывает истории о сверхчувствительных зубах, на которые не действует даже анестезия, то помочь ему следует следующими словами: «Вы разрешите мне научить вас очень простому и быстрому расслаблению, такому глубокому, что ничто, даже вдвое меньшее против обычного, не будет вам досаждать? Я сам так расслабляюсь, не хотите ли взглянуть, как я сделаю это первым?» Обычным ответом бывает: «О да, пожалуйста, когда мы можем начать?» При работе с детьми говорят иначе: «Не хочешь ли поиграть, пока ты здесь? Я часто играю в эту игру с детьми, которым столько же лет, сколько и тебе».

3. В третью группу входят больные, которых направили врачи и другие дантисты и для которых лечение зубов являлось невозможным делом в течение многих лет. Лечение может занять несколько сессий, могущих включать в себя модификацию поведения, фантазирование или техники проигрывания, описанные Смитом (Smith, 1977).

Гипноз в стоматологии

257

До того как приступить к технике релаксации, дантист дол-жен учесть отношение больного к слову «гипноз», коль скоро оно упомянуто. Сообщать пациенту о том, что применяется гипноз, бывает необходимо лишь иногда. Дантист предлагает несколько суггестии, которые пациент волен либо принять, либо отвергнуть. Во избежание любых страхов может оказаться разумным пользоваться термином «медицинский гипноз», чтобы стало совершенно ясно, что этот метод одобрен и практикуется на профессиональной основе.

Некоторым дантистам нравится иметь отдельный кабинет для гипноза, расположенный перед входом в процедурные помещения, в которых больной попадает в хирургическую обстановку и где проводится лечение как таковое. В зависимости от выраженности у больного тревоги, до начала лечения может возникнуть необходимость усадить пациента в зубо-врачебное кресло и провести с ним несколько подготовительных сессий. Гипноз критикуют за то, что он отнимает много времени, однако в действительности это не мешает. Методы быстрой индукции в сочетании с адекватными постгипнотическими суггестиями приводят к экономии общего времени, которое расходуется на лечение тревожных больных. Гипноз, практикуемый с адекватными мерами предосторожности, не вызывает зависимости. Как говорит Смит (Smith, 1977), любой гипноз — это самогипноз.

Гипноз как форма седативного воздействия идеально подходит для лечения зубов; он ничего, за исключением времени, не стоит, прост, скор и принимается больными. Он представляется пациенту как его собственная естественная способность, которой можно воспользоваться в нужное время, в нужном месте, в нужных целях. С рабочей точки зрения, индукция и выход могут быть быстрыми, и, что важно, сохраняются все защитные рефлексии. Больной, покидая дантиста, чувствует себя лучше и более уверенно может справляться с нелегкими ситуациями, а не поддаваться, испытав травматичное переживание, рефлексии и опустошенности. Следующий визит к дантисту видится уже в приятном свете.

Более того: как только пациенты обучаются терпимому отношению к зубо-врачебным процедурам и осознают новоприоб-

9 М. Хип

258

Глава 9

ретенную способность, они могут и впредь использовать ее в личных целях, в других сферах жизни, а не только при последующем лечении зубов, когда не возникает необходимости в специальной индукции.

Техники индукции и углубления

Большинство дантистов прибегают к фиксации глаз с последующей прогрессирующей

релаксацией; вместе с релаксацией приходят покой и легкость. В процессе операции можно комбинировать счет и дыхание с суггестиями покоя и описания расслабляющих картин, пока пациент не предпочтет, чтобы дантист не говорил ничего. Бесценными оказываются суггестии эго-усиления, как и демонстрация восприимчивости к гипнозу, вроде поднятия руки, автоматических движений и каталепсии конечностей.

Тонким способом показать больному его внушаемость является техника «магического круга», которую можно применить в состоянии бодрствования. На тыльной стороне кисти шариковой ручкой рисуется круг, пациенту велят изо всех сил сосредоточиться так, чтобы заставить этот участок онеметь как можно сильнее; затем дантист при помощи острого инструмента или стерильной иглы демонстрирует разницу в чувствительности кожи внутри и вне круга. После этого пациенту сообщают, что этот круг всецело пребывает в его власти и может быть перемещен в любой участок тела в нужных целях в нужное время, как правило, в места инъекций. Реакцией обычно является восторг; данный метод особенно подходит для работы с подростками, но также применим во всех возрастных группах.

Визуализация и фантазии особенно нравятся совсем юным пациентам. Чтобы добиться релаксации и сотрудничества, можно использовать такие суггестии, как образ пузырьков, резвящихся в ведре с водой, или воздушных шариков, взлетающих к потолку перед тем, как «бумкнуть и хлопнуться в глубокий сон» (см. главу 10 Иознну, посвященную работе с детьми).

Ускоренные методы индукции занимают всего лишь две-три минуты, и для большинства стоматологических процедур этого достаточно. Манипуляции могут производиться в состоянии легчайшего «транса», в который больной приглашен по-

Гипноз в стоматологии

259

грузиться настолько глубоко, насколько это ему нужно. Пациенты, уже практиковавшие самогипноз, должны подать дантисту знак, по которому он должен приступить к работе; в другом случае постгипнотические суггестии релаксации могли бы быть даны на предыдущих сессиях гипноза. На самом деле, большинство дантистов прибегают к разнообразным и комбинированным техникам индукции в соответствии с потребностями больного.

Хотя и было заявлено, что врачебные манипуляции вполне можно продолжать в условиях легчайшего гипноза, иногда возникает необходимость в углубляющих техниках. Они полезны в случае, когда планируется более сложное или длительное вмешательство: например, удаление зубов мудрости, перио-донтальная хирургия или установка большого количества коронок.

Гипноаналгезия

Большинство дантистов, пользующихся местными анестетиками, считает, что время, требуемое для достижения гипноаналгезии, не надежно и не обязательно; реальной же целью гипноза является снижение страха и тревоги, что влечет за собой спокойствие и чувство комфорта. Аналгезия, достигаемая силами исключительно гипноза, изменчива, и пребывание больного в глубоком трансе не означает, что он автоматически не почувствует боли. Однако, начиная со времен Месмера и вплоть до сегодняшних дней, отмечено много документально подтвержденных случаев экстракции зубов на фоне гипноаналгезии как единственного метода обезболивания. В сочетании с сильным поверхностным анестетиком и гипнотическими техниками, которые описаны ниже, местный анестетик оказывается чрезвычайно быстродействующим, доступным, эффективным и безопасным, а больной может быть уверен, что не почувствует боли в процессе стоматологических манипуляций. В целом дантисты не проводят специальных тестов для оценки анестезии или других гипнотических процедур, но в своих клинических и субъективных суждениях полагаются на внешний вид больного, его поведение и устные реплики или идеомоторные знаки.

260

Глава 9

В случае фобии, вызванной иглами, и аллергических реакций на производные лидокаина (местные анестетики) необходима более длительная работа с пациентом для достижения им заданной глубины аналгезии. Смит (Smith, 1977) пропагандирует аналгезию, вызванную посредством самовнушения, так как это делает больного полностью независимым от гипнотизера или дантиста.

Гипноз в сочетании с другими

седативными средствами

Гипноз является ценным дополнением к относительной аналгезии (ОА) и внутривенному наркозу (ВН) как для снижения дозы, необходимой для достижения той же степени комфорта, так и для

лучшего заживления послеоперационных ран, поскольку помогает уменьшить кровотечение и сопутствующий отек (Litchfield, 1982). В сочетании с ОА вдыхание даже малых количеств закиси азота ведет к большей восприимчивости тревожных больных к суггестиям релаксации, комфорта и фантазирования, и с прекращением подачи газа эта повышенная восприимчивость сохраняется.

Харрис (Harris, 1989), работавшая дантистом в Лондонском интернате для умственно отсталых больных, сообщила, что добилась роста сотрудничества со стороны пациентов при помощи не только одной ОА, но также и гипноза, взятого изолированно.

Другие методы релаксации

Морзе (Morse, 1984) находит, что еще лучшие результаты достигаются при использовании гипноза в сочетании с медитацией. Его работой были охвачены 35 больных, которым он предлагал расслабиться, закрыть глаза и повторять про себя любое слово на их усмотрение. По мере того как больные повторяли слова, давалась гипнотическая индукция, включавшая в себя суггестии онемения. После углубления 22 пациента были способны переместить ощущение онемения в участок, предназначенный к манипуляциям. В работе с другими 13 больными перчаточная анестезия смещалась к пораженной зоне во рту. К лечению зубов приступали через 10-15 минут

Гипноз в стоматологии

261

после того, как пациент садился в кресло. Эффективность гипноаналгезии проверялась с помощью глубокого исследования живого зуба. Критерием ее успеха было отсутствие движений со стороны больного. Притом что в 6 случаях анестезия не понадобилась вообще, общий результат был расценен как хороший, поскольку тем, кто нуждался в анестетике, хватило половины обычной дозы. Простота медитации может помочь развеять любые возможные страхи насчет гипноза, например, то, что находясь под гипнозом, «можно утратить власть над собой».

Чтобы подготовиться к лечению с помощью гипнотической индукции и для использования ее в процессе самого лечения, пациент может приобрести аудиозаписи. Кроме того, можно посоветовать больным принести с собой записи любимой музыки и слушать их через наушники; тем самым создается расслабляющая обстановка, а музыка отвлекает пациента от неприятных ощущений. Появление плеера фирмы «Сони», снабженного крошечными наушниками, стало для дантистов великим благом. Пациенты уходят в собственный мир! Для более тревожных людей запись, сделанная на заказ, оказывается даже еще более эффективной. Помимо всего перечисленного снизить напряжение при различного рода вмешательствах могут помочь аппараты биологической обратной связи, кожные гальванометры и тонометры со звуковой обратной связью.

Противопоказания и меры предосторожности

В первую очередь необходимо собрать подробный анамнез, не только стоматологический, но и общий; выяснить, как раньше вел себя больной, оказываясь в общем лечебном или стоматологическом учреждении, и что, по мнению больного, является нормальным уровнем тревоги в связи с зубоврачебными процедурами. Может оказаться полезным знакомство с семейным анамнезом, особенно чтобы знать, как поведут себя дети в условиях зубного кабинета. Гипнозу, умиротворяющему пагубные эмоциональные реакции, лучше не подвергать лиц, страдающих депрессией, шизофренией или принимающих препа-

262

Глава 9

раты, указывающие на душевную неустойчивость. Против гипноза выступают некоторые религиозные секты. Глупо гипнотизировать кого бы то ни было из чистого любопытства или в ответ на провокацию: «Клянусь, что вы не сможете меня загипнотизировать — ну-ка, попробуйте!» Иногда сопротивление выказывается во время тщательно спланированной гипнотической индукции; гипнозу нельзя подвергать субъекта, который этого не желает.

Даже при легчайшем трансе возможно развитие абреакций; самой обычной из них могут быть слезы, и в этом случае больного нужно успокоить и направить. Внушается, что катарсическое высвобождение будет длиться так долго, как это необходимо для облегчения состояния больного; при этом помнят, что данная ситуация идет вразрез с истинной задачей сессии — лечением зубов, и что больному следует восстанавливать в памяти только то количество переживаний, которое окажется уместным.

Недавно в прессе, посвященной стоматологии (Christian, 1989), было отмечено, что присутствие ассистента во время лечебной процедуры не столько желательно, сколько необходимо. Это объясняется тем, что при приеме бензодиазепинов у одной женщины из каждых двухсот могут развиваться сексуальные фантазии. Сама специфика работы заставляет дантиста дотрагиваться до

больного и действовать в пределах ротовой полости пациента, который лежит перед ним в подчиненной позе и с закрытыми глазами, как это обычно бывает при гипнозе. Чтобы защитить обе стороны от неправильного понимания друг друга, присутствие ассистента может считаться обязательным, особенно при гипнотической суггестии зрительных образов и фантазий. Пациент и без фантазий может испытать к дантисту такую признательность, что возникает опасность мощного позитивного переноса или зависимости. Этого можно избежать, заранее обеспечив зависимость пациента от себя самого (например, обучая его самогипнозу и подчеркивая, что эту процедуру больной сможет осуществлять самостоятельно всегда, как только сочтет это нужным).

Гипноз в стоматологии

263

Специальное применение гипноза

В этом разделе будут впервые или повторно рассмотрены наиболее распространенные в стоматологии проблемы, а также будет кратко описана роль гипнотических процедур в преодолении этих проблем.

1 о Стоматологическая тревога

В отношении всего спектра тревожных ощущений, которые испытывают при посещении дантиста многие люди, начиная с легкого беспокойства: «Я сегодня немного нервничаю», или более фамильярного: «Должно быть, я ваш худший пациент», и заканчивая состоянием, близким к фобическому, первоочередной задачей является обеспечение наиболее полной релаксации. Во время последней болевой порог неизменно возрастает, и пациенту немедленно становится лучше (см. главу 6, посвященную обезболиванию).

Три способа ведения больного упоминались выше при разборе общих принципов, но первым правилом является обращаться со всеми пациентами так, как будто они пришли туда, где им очень рады. Возможно, это следует назвать «предгипнотической подготовкой». Принципиально важно обеспечить нормальную обстановку и заложить основу для хорошего двустороннего контакта, отличающегося доверием, доброжелательностью и глубоким вниманием к больному. Для усиления позитивной мотивации к успеху чрезвычайно важными оказываются выражения, которыми пользуется дантист. Врач, например, не говорит, что «от этой иголки вам больно не будет», но сообщает: «Вы ощутите легкое давление моих пальцев на десны, но вы сейчас справитесь с этим совершенно спокойно. Вот так! Скоро вы почувствуете приятное онемение там, где мы поработаем [не «посверлим» или «разрежем»], перед тем, как вы в прекрасном самочувствии вернетесь в школу [или офис и т. д.]». В этой короткой фразе скрывается много посланий: 1. Изменение оценки субъективных ощущений: боль стал давлением.

264

Глава 9

2. Настрой на успех заранее тем, что трудная минута уже осталась как бы позади — действительно, лишь очень немногие люди любят инъекции.

3. Подтверждение того, что пациент все ощущает правильно и это — приятное чувство.

4. Искажение времени с помощью предвосхищенного завершения работы с зубами и суггестии дальнейших приятных ощущений при выходе из операционной.

Этот способ коммуникации может быть назван «позитивным программированием» или «гипнозом бодрствования», во время которого пациент испытывает суггестированные ему чувства. Больной переживает субъективную смену ощущений просто благодаря тому, что он сам отобрал для себя те или иные суггестии.

Характеристику второй группы, упомянутой в «Общих принципах», в которую входят весьма тревожные стоматологические больные, можно сопроводить кратким описанием конкретного случая. Миссис Г. пришла ко мне на прием, потому что слышала, что я специализируюсь в работе с нервными пациентами. Она была во власти такого ужаса перед «зубными врачами», что многие из ее задних зубов превратились в гнилые пеньки, а когда она разговаривала или смеялась, во рту были видны щели. В свои шестьдесят с небольшим она была очаровательным человеком и имела небольшой частный бизнес. В первое свое посещение она дрожала от испуга и смущалась из-за того, какими страшными покажутся мне ее зубы; кроме того, она сказала, что неоднократно бралась за телефон, чтобы отменить визит. Я вникла в ее проблему и немедленно сказала, что могу повысить ее уверенность в себе и способность выдержать под моим руководством лечение зубов; впоследствии же она будет прекрасно себя чувствовать на приеме у любого дантиста, какого только выберет. На первой встрече миссис Г. очень быстро научилась входить в гипноз и

согласилась, что на следующей сессии, если она будет чувствовать себя так же хорошо, ей удалят корни под местной анестезией, произведенной путем инъекции. Кроме того, я объяснила ей, как можно потрудиться над ее ртом, чтобы сделать зубы здоровыми и улучшить свой внешний вид, тем самым позволяя ей проделать

гипноз В стоматологии

265

большую часть работы собственными силами. После шести посещений все мешавшие корни были удалены, во время сессий больная больше не нуждалась в гипнозе, а небольшое частичное протезирование уже подходило к концу.

Пациенты третьей группы, направленные на лечение (см. «Общие принципы»), страдают более тяжелыми формами тревоги, действующими разрушающе на их жизнь, и в этом случае необходимо тщательно разобраться, не требует ли природа их тревоги специализированного лечения.

Моркас (Morcas, 1984), дантист широкого профиля из Лондона, описывал свой метод лечения тяжелой стоматологической тревоги с помощью взаимного сдерживания. Пациенткой была 29-летняя женщина, у которой при одной только мысли о лечении зубов начинались удушье, кашель, дрожь и озноб. Вид и звук бормашины вызывали в ней слабость. За последние десять лет она лечилась лишь в связи с острой болью и требовала при этом внутривенного наркоза. После последнего лечения у нее сильно распухла рука и болела в течение 24 часов. Перед началом лечения была подробно оговорена последовательность действий. Пациентка составила список ощущений, которые сопровождают лечение зубов. Самым страшным для нее было необходимость инструментов во рту, и обойти этот главный пункт представлялось весьма трудным. На последнем месте списка стоял выход из кабинета, и здесь предполагалось отсутствие физических симптомов; в промежутке же насчитывалось около десяти ситуаций, расположенных в порядке убывания сложности. Пациентка была подвергнута гипнотической индукции и углублению, после чего, в сочетании с суггестией релаксации, ей было предложено воображать наименее тревожную ситуацию до тех пор, пока ее образ не перестанет вызывать тревогу. Процесс повторялся относительно каждого пункта по нарастающей на протяжении семи посещений, пока пациентка не почувствовала, что сможет прибегнуть к самогипнозу и вытерпеть местную анестезию, после которой она очнется, чтобы в бодрствующем состоянии воспринимать лечение зубов. В конце лечения она прокомментировала происходящее следующими словами: «Я так горжусь собой. Я всем друзьям рассказываю, что хожу к дантисту».

266

Такие чувства чрезвычайно радуют и являются наградой как для дантиста, так и для пациента, однако я считаю, что менее опытному гипнодантисту стоит посоветовать направить подобного больного к соответствующему специалисту.

2. Стоматологическая фобия

Крайняя степень развития чрезмерной тревоги перерастает в фобию. Фобическая реакция относится к реакциям уклонения и в стоматологии часто приводит к полному пренебрежению полостью рта, со всеми вытекающими клиническими проблемами. Мнения насчет того, должны ли лечить подобную фобию исключительно дантисты, разделяются. Например, Роу-ли (Rowley, 1986) довольно удивительным образом заявляет, что на самом деле ошибочно считать стоматологическую фобию проблемой стоматологии; он считает ее проблемой психологической, в которой объектом фобии является дантист, сверло и так далее.

Действительно, фобия может быть направлена на конкретный объект, им, например, может быть игла, но фобией может также охватываться стоматологическая ситуация в целом. Лица со стоматологической фобией обычно страдают одной или несколькими другими фобиями. В общем, во всех случаях, за исключением острых, фобических больных следует сначала направлять на соответствующее психиатрическое освидетельствование и лечение и только после приступить к лечению зубов. Этот вопрос обсуждался также Кляйнхаузом и др. (Kleinhaus et al., 1986), которые пришли к выводу, что сообщения в стоматологической литературе имеют тенденцию объединять тревогу (страх и предвосхищение) с фобией в одну группу. Авторы считают, что тревогу можно лечить в условиях хирургической стоматологии, и она, как правило, очень хорошо отзывается на чуткое и понимающее обращение в сочетании с гипнозом или без него. Фобия же требует более тщательного обследования и лечения, чем это может быть предложено общей клинической практикой. Тем не менее был сделан ряд сообщений об индивидуальных случаях лечения стоматологической фобии силами самих дантистов. Например, Фейр-фулл Смит (Fairfull Smith, 1978) сообщает о семье, которую

Гипноз в стоматологии

267

успешно лечили с помощью гипнотерапии от многих проблем, включая стоматологическую фобию у двух ее членов. Грэхэм (Graham, 1984) сочетал гипноз с первичной терапией, а Бейкер и Боаз (Baker and Boaz, 1983) лечили больных со стоматологической фобией путем замещения травматичного воспоминания приятным; после двух сессий фобия значительно снизилась. В число прочих сообщений входят работы Цwirна и Вартиковски (Zwirn and Vartikovski, 1978), в которых непрямые гипнотические техники рекомендуются для лечения не желающих сотрудничать пациентов, а также сообщения Фейрфулла Смита (Fairfull Smith, 1978) и Хоббса (Hobbs, 1982).

Кроме того, было сделано много оценок результатов лечения. Например, Фейрфулл Смит (Fairfull Smith, 1982) описал лечение 20 больных со стоматологической фобией, направленных в стоматологическую больницу Глазго после того, как все другие методы потерпели неудачу. Он применял самогипноз в сочетании с суггестиями глубокой релаксации, медитацией и десенсибилизацией при помощи взаимного сдерживания. Катамнестическое обследование двумя годами позже показало устойчивость достигнутого успеха. Шведский обзор (Hakeberg et al., 1990) катамнестических данных спустя десять лет после лечения 14 больных продемонстрировал успешную коррекцию стоматологической фобии и уклонения, притом что одна группа получала систематическую десенсибилизацию, а вторая — премедикацию валиумом. Было выявлено значительное снижение страха перед лечением зубов, с лучшим эффектом в группе систематической десенсибилизации.

Лица, боящиеся игл и инъекций, могут быть объединены в одну группу с теми, кто страдает аллергическими реакциями на местные анестетики. Пациенты с такими проблемами весьма заинтересованы в гипнозе и гипноаналгезии как средстве, альтернативном инъекциям.

3. Боль в стоматологии

Анестезия при гипнозе не развивается автоматически, но безболезненное лечение зубов вполне возможно из-за самой природы расслабляющих техник во время индукции и отвлекающих факторов. С помощью гипноза больной обучает-

268

Глава 9

ся не только повышать болевой порог, но также прогонять страх и достигать релаксации (ср. с циклом страха-напряжения-боли-страха, описанным в «Общих принципах»). Болезненные, потенциально болезненные или неприятные ощущения можно изменить при помощи гипнотических техник. Это можно сделать разными способами, такими, как прямая суггестия (простая суггестия онемения и нечувствительности заинтересованной зоны), перемещение перчаточной анестезии или воображаемое изменение «цвета» боли. При перемещении перчаточной анестезии больному объясняют, как нужно добиться глубокой анестезии кисти, и затем просят тереть больной зуб или зубы до тех пор, пока они не онемеют. При цветовой фантазии больным внушается, что цвет, который они выберут сами (например, красный), является цветом их боли; другой цвет (например, желтый) есть цвет «комфорта», а третий (скажем, голубой) означает такое отсутствие чувствительности и боли, которое соответствует «полному онемению». Больного учат развивать анестезию, представляя, как заинтересованная зона меняет окраску до полной нечувствительности и онемения. Наконец, для достижения анестезии полезна техника воображаемого «выключения» определенных телесных ощущений с поворотом выключателя на «главном пульте» (в мозгу). При использовании этих методов подчеркивается, что пациенты всего лишь будут применять их «в нужном месте и в нужное время». По поводу других методов контроля над болью читатель отсылается к главе 6, написанной Хартом и рассматривающей применение гипноза в болевых состояниях.

4. Поперхивание и рвотный рефлекс

С помощью техник гипноаналгезии можно контролировать не только боль, но также нежелательные явления в полости рта, особенно при повышенной чувствительности мягкого неба; контролю, таким образом, поддаются поперхивание и позывы к рвоте во время стоматологических процедур. Развитие этих симптомов нельзя удовлетворительно объяснить ни одной конкретной причиной. В некоторых случаях они могут быть ранее усвоенными реакциями уклонения, у других лиц они оказываются защитным механизмом. В первом случае дантист

гипноз в стоматологии

269

может применить гипноз, чтобы обучить больного более адекватному способу преодолевать тревогу, связанную со стоматологическим вмешательством. Там, где защитный механизм

выступает как неадекватное решение некоего глубинного психодинамического конфликта, может получиться так, что больного лучше сначала направить на психотерапию, и только после этого приступить к какому-либо стоматологическому лечению.

Конни и Тедеско (Conny and Tedesco, 1983а, 1983б) настаивают на важности лечения причины, а не симптомов. Соответствующие подходы включают в себя клинические техники, зубное протезирование для нуждающихся в нем, фармакологическое и психологическое вмешательства; множественные причины требуют множественных подходов.

Грэхэм (Graham, 1987) практикует чрезвычайно индивидуализированный подход к данной проблеме, включающий в себя исследовательские и раскрывающие гипнотические техники, отстранение, нейролингвистическое программирование и другие негипнотические техники. Голдман (Goldman, 1989) описывал гипноз при стоматологическом лечении больного к «необычно низким рвотным порогом». На фоне гипноза, нацеленного на снижение чувствительности слизистой мягкого неба, 55-летний пациент на протяжении нескольких визитов учился переносить лечение зубов и на улучшенной основе соблюдать правила гигиены полости рта. Были отмечены и другие положительные изменения различных аспектов его жизни.

Муир и Калверт (Muir and Calvert, 1988) сообщили о двух случаях не только поперхивания, но даже рвоты у детей при взятии у них слепков. У обоих детей были трудности, связанные с тревогой, однако родители не обращались за советом и, похоже, не понимали, что тревога может помешать лечению зубов. Дети очень хорошо поддались лечению, которое состояло из простых упражнений на релаксацию и домашнего использования аудиозаписей дважды или трижды в день. Применялась также биологическая обратная связь GSR (обратная связь за счет изменения потоотделения). (С помощью этого метода пациент учится расслабляться, следя за звуковым сигналом, сопровождающим изменение кожной проводимости.) И

270

Глава 9

родители, и дети в обоих случаях были довольны, что дети продолжали носить свои ортодонтические приспособления. Методы гипнотического лечения обычно всегда сопровождаются укреплением уверенности в собственных силах по всем направлениям, и это вознаграждается улучшением качества жизни детей в ситуациях, где этого никто не ожидал.

5. Афтозные язвы

По данным стоматологической больницы Глазго (Craig et al., 1982), успехи в лечении афтозных язв рта были достигнуты в 83% случаев. После индукции больных обучали самогипнозу со следующими встроенными пунктами: глубокая релаксация, самоподдержка, чтение мантр для медитации и суггестии: «Уверенность, Спокойствие и Смелость». При случайном отборе двенадцати пациентов восьмью неделями позже у пятерых больных язвы зажили полностью, у пяти — частично и у двоих остались без изменений. Состояние четверых больных не изменилось.

6. Контроль над кровотечением и слюноотделением

Кровотечение может породить одну проблему из двух: оно бывает слишком сильным, как при геморрагии, или слишком слабым, как при сухих гнездах. Оба состояния хорошо отзываются на соответствующие гипнотические суггестии. Настоящей проблемой становится гемофилия, когда возникает необходимость экстракции зуба или какого-либо другого хирургического вмешательства; при этом обычно требуется переливание больших количеств крови или плазмы на фоне длительной госпитализации. Лукас и др. (Lucas, et al. 1962) сообщил об удалении в общей сложности 114 зубов у 24 больных, страдающих гемофилией, так, что ни у одного из них не открылось кровотечения большего, чем предусмотрено нормой. Гипнотические суггестии уменьшения кровотечения применялись в сочетании с защитными пластинами и спешной тампонадой гнезд.

Иногда при обычной стоматологической манипуляции проблемой становится избыточное слюноотделение. Если прибег-

Гипноз в стоматологии

271

путь к гипнозу, то поставить ее под контроль можно с помощью прямой суггестии устранения симптома.

7о Бруксизм

Эта проблема связана с жевательным сведением зубов вне приема пищи, и оно может вызываться различными причинами. Если все дело в том, что зубы просто неправильно смыкаются, то это можно исправить обычной коррекцией прикуса; иногда следует надевать на ночь пластинку,

чтобы удерживать челюсти в покое в правильном положении. Если же имеется избыточный стресс, то в программу лечения включается гипноз. В том случае, если эти меры оказываются недостаточными, необходимо направить больного к специалисту по лечению боли, особенно при наличии каких-либо лицевых или головных болей.

8. Смешанные состояния

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава, синдром болевой мышечной дисфункции и другие атипичные головные, шейные и лицевые боли могут, как при бруксизме, формировать непонятную и размытую клиническую картину с неясной этиологией. Тактика при этом состоит в первоочередном стоматологическом обследовании с последующим, если этого требует состояние больного, направлением его к соответствующему специалисту.

9. Особенности работы с детьми

Лучшим лечением является профилактика, и при работе с детьми у дантиста имеется идеальная возможность обучить ребенка правильному уходу за зубами и способам контроля над физическими ощущениями. Работа с нервными детьми чрезвычайно благодарна, и очень приятно наблюдать перемены, которые, в конечном счете, были достигнуты простейшими способами. Родители будут только рады тому, что во время визита дантист столкнулся с меньшей проблемой. Гипнопедодонтику (гипноз в детской стоматологии) можно разделить на два типа:

Глава 9

1. *Неформальный*, когда пациент реагирует на «суггестивную терапию» и побуждается к фантазированию так же, как при рассказывании сказок перед сном. Это идеальный вариант для работы с младшей возрастной группой, который хорошо сочетается с относительной анальгезией. Один весьма нервный и беспокойный паренек, которого я лечила, в ответ на мой вопрос: «Чем бы ты хотел сейчас заняться?» сказал, что больше всего ему сейчас хочется покататься на своем новом велосипеде. Это было прекрасное вступление. Я предложила ему закрыть глаза и представить поездку так живо, что можно было бы ощутить, как руки лежат на руле, как ноги касаются педалей при выезде из дома; услышать шуршание колес и, может быть, вдохнуть аромат свежескошенной травы в парке. В ответ на каждую суггестию он спокойно кивал, так что я продолжила, говоря, что пока он наслаждался в парке, его зубы лечились тихо и спокойно, а он мог оставаться в парке до тех пор, пока не наступит время идти домой. Пломба была благополучно поставлена, и мальчик, когда ему было сказано, проснулся в прекрасном самочувствии. Он рассказал, что у него была захватывающая поездка без педалей вниз, с огромного холма, который ему всегда хотелось покорить!

2. *Формальный* подход предпочтителен в работе с детьми старше 9 лет с применением методов индукции, которые больше подходят для взрослых. Для того чтобы ребенок не делался слишком зависимым от дантиста, его обучают самогипнозу и саморелаксации. Смит (Smith, 1977) считает, что всех детей нужно учить гипноанестезии, с помощью которой они могут переходить от дантиста к дантисту.

Последние открытия и будущие направления

В статье, которую я представила на 11-м Международном конгрессе гипнотической и психосоматической медицины в Лейдене, озаглавленной «Практика гипнотерапии в клинической стоматологии» (Nicolau, 1988), я привела обзор своей пе-

Гипноз в стоматологии

273

реписки. Хирургам-стоматологам, которые составляли примерно треть членов БОВСГ, были разосланы вопросники. Из ответов, которые я получила из таких отдаленных мест, как Сторноуэй, Корк, Ньюкасл, Кардифф и графство Хоум, следовало, что дантисты применяют гипноз как дополнение к лечению большого числа состояний. Сюда относится снижение боли и тревоги, состояния, подобные бруксизму, боли в височно-нижнечелюстном сочленении, афтозные язвы и дурные привычки вроде обкусывания ногтей и сосания большого пальца. Кроме того, гипноз уместно применять профилактически, то есть для развития выносливости и способности спокойно терпеть даже самые сложные стоматологические процедуры так, что общение в целом становится более приятным и сопровождается меньшим стрессом как для дантиста, так и для больного.

Несмотря на все сказанное, в британских медицинских и стоматологических учебных заведениях делается очень мало для официального преподавания гипноза или даже для оповещения студентов о соответствующих курсах вне стен учреждения. В большинстве университетов отношение к предмету гипноза весьма консервативно (Скотт, 1978). К счастью, существует руководство для дантистов, выпущенное Комитетом медицинской федерации по последипломной профессиональной подготовке, где сказано, что молодой специалист-стоматолог должен иметь

некоторый опыт гипноза. В Медицинских центрах последипломого образования проводятся лекции и демонстрации использования гипноза, однако те дантисты, которые хотят получить дальнейшую специализацию в области гипноза, обычно занимаются этим в свое свободное время и за свой счет, посещая во время уикендов курсы, организуемые БОВСГ и БОЭКГ¹.

В статье, где обсуждается применение аудиозаписей для гип-ноаналгезии в стоматологической практике, Фейрфулл Смит (Fairfull Smith, 1982) описывает, как может дантист с ограниченным опытом гипноза сделать запись для прослушивания ее больными до и во время лечения. Эта запись поможет умень-

Британское общество экспериментального и клинического гипноза — British Society of Experimental and Clinical Hypnosis (BSECH).

274

Глава 9

шить боль и страдания настолько, что вмешательство дантиста может быть произведено безболезненно. Возможно, это могло бы стать способом знакомства студентов-дантистов и их больных с преимуществами гипноза. Пациент выигрывает от процедуры, снижающей боль — реальную или предполагаемую, тогда как студент в то же время может испытать удовольствие от работы с расслабленным пациентом и приобрести знание о способе достижения этого преимущества.

В недавнем сообщении Эдмундса и Розена (Edmunds and Rosen, 1989) говорилось, что 66% опрошенных дантистов считают тревогу пациента серьезной проблемой. Техники, которые использовались наиболее часто, были «управление больным» и общий наркоз. Достоинно удивления то, что лишь 55,3% дантистов общего профиля владели какими бы то ни было седативными техниками. Из множества техник при работе с возрастной группой от 5 до 12 лет 9,9% дантистов наиболее часто пользовались ингаляционным наркозом (относительная анестезия). Внутривенный наркоз более часто использовался в работе с пациентами старше 12 лет (12, 8% опрошенных). Пероральные седативные препараты и гипноз стояли в списке на последнем месте. Обзор демонстрирует высокую частоту серьезной тревоги пациентов, с которой сталкиваются дантисты, а также их желание повысить свою квалификацию, поскольку в стоматологических учебных заведениях вопросам ведения больного уделяется слишком мало внимания, а гипнозу — и того меньше.

Дальнейшие исследования проходят в рамках вновь выделенного поведенческого направления в Стоматологической группе. На недавней встрече в Университете Манчестера профессор Грант, декан местного Стоматологического факультета, сказал, что значение науки о поведении и ее связь с уходом за зубами будет из года в год возрастать. С увеличением курса обучения до пяти лет можно рассчитывать, что этот предмет станет важной составной частью основ стоматологии. Однако при этом желательно дальнейшее повышение квалификации в вопросах гипноза, и получение Сертификата соответствия БОВСГ является шагом в правильном направлении. Большой интерес у дантистов по праву вызывает предложенный Диплом усовершенствования в области клинического гипноза, доступный для получения при

Гипноз в стоматологии

275

неполной занятости на Врачебном и стоматологическом факультете университета Шеффилда (М. Хип, личное сообщение).

Кроме того, важно отметить, что поддержка дантиста Союзом защиты касается практики гипноза исключительно в стоматологии. *Терапия*, которой клиницист обучается на стоматологическом факультете, означает *стоматологическое лечение*. Гипноз входит в тот же перечень, что и ОА с внутривенным наркозом, если говорить о сфере компетенции дантистов имеющих подготовку и навыки, необходимые для применения этих дополнительных методов в своей повседневной работе.

Сегодняшний выпускник должен знать все проблемы, с которыми сталкивается в своей работе дантист. Более опытный работник способен отделить трудности, разрешимые в обычных условиях, от тех, что требуют вмешательства специалиста. Общение дантиста с больным является ситуацией, в которой грамотный специалист может выявить многие психогенные проблемы и направить пациента на дальнейшее лечение соответствующей патологии.

В современном мире, где царят наркомания и антисоциальное поведение, можно только приветствовать обучение релаксации, выработыванию уверенности в себе и снижению напряжения. Отбор больных и профессиональные качества врача имеют первостепенную

важность в планировании курса любого возможного лечения. Общее мнение дантистов, практикующих гипноз (Nicolao, 1988) таково, что если каждый, кто адекватно понимает нормальную и патологическую психологию, останется в тех границах, которые положит себе сам, то комплексный подход не встретит для себя никаких препятствий.

Список литературы

Baker, S. R. and Boaz, D. (1983) The partial reformation of a traumatic memory of a dental phobia during trance — a case study, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 31: 14-18.

Bramwell, M. and Turner, W. A. (1890) Extraction under hypnotism, *British Dentaljournal* 11:153-154.

276

Глава 9

Chaplin, S. (1988) Prescribing for the anxious patient, *The Dentist*, October, 16-19.

Christian, C. (1989) Bring back the chaperone, *The Dentist*, September, 44.

Clarke, J. R. and Clarke, D.J. (1987) Hysterical blindness during dental anaesthesia, *British Dental Journal* 162: 267.

Conny, D. J. and Tedesco, L. A. (1983a) The gagging problem in prosthodontic treatment. Part I: description and causes. *Journal of Prosthetic Dentistry* 49: 601-606.

Conny, D. J. and Tedesco, L. A. (1983b) The gagging problem in prosthodontic treatment. Part II: patient management. *Journal of Prosthetic Dentistry* 49: 757-761.

Craig, S., Fairfull Smith, G. W. and Ferguson, M. M. (1982) The treatment of aphthous stomatitis and lichen planus with hypnotherapy, Paper presented at the *Ninth International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Glasgow, August.

Edmunds, D. N. and Rosen, M. (1989) Management of anxiety in dental practice in the UK, *British Dental Journal* 165: 253-255.

Fairfull Smith, G. W. (1978) A case of dental phobia combined with didaskleinophobia (scholinophobia), *Proceedings of the British Society of Medical and Dental Hypnosis* 4: 29-38.

Fairfull Smith, G. W. (1982) The treatment of dental phobia with meditational and behavioural reorientation and self-hypnotherapy, Paper presented at the *Ninth International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Glasgow, August.

Feinman, C. (1987) Showing signs of stress. *The Dentist*, September, 20-22.

Goldman, L. (1989) Low retching threshold. *Proceedings of the British Society of Medical and Dental Hypnosis* 6: 24-25.

Graham, G. (1984) First line trauma resulting in dental phobia and its treatment — a pilot study, *Hypnos* 11:218-221.

Graham, G. (1987) Two case histories of ladies who were unable to wear their dentures without feeling sick and retching, *Hypnos* 14:134-186.

Green, R. M. and Green, A. (1985) Adult attitudes to dentistry among dental attenders in South Wales, *British Dental Journal* 15:157-160.

Hakeberg, M., Bergren, U. and Carlsson, S. G. (1990) Patient's fear successfully treated, *Scandinavian Journal of Dental Research* 98: 53-59.

Гипноз в стоматологии

277

Harris, S. (1989) Hypnosis in the mentally handicapped, Paper presented at the Royal Society of Medicine, Hypnosis and Psychosomatic Medicine Section, April, London.

Hobbs, D. A. (1982) Desensitisation by retrograde hypnosis of dental phobic patients, Paper presented to the *Ninth International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Glasgow, August.

Kent, G. (1984) Anxiety, pain and type of dental procedure, *Behaviour Research and Therapy* 22:465-470.

Kleinhaus, M., Eli, T. and Rubinstein, Z. (1986) Treatment of dental and dental-related behavioral dysfunction in a consultative outpatients clinic: a preliminary report, *Hypnos* 13: 77-83.

Litchfield, N. B. (1982) A study of the effectiveness of hypnosis prior to intravenous diazepam in reducing complications of adverse psychological reaction and prolonged recovery, *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 10: 57-65.

Lindsay, S. J. F., Humphries, G. and Barnaby, G. J. (1987) Expectations and preferences for routine dentistry in anxious adult patients, *British Dentaljournal* 163: 120-124.

Lucas, O. N., Finkelman, N. and Tocantins, L. M. (1962) Management of tooth extractions in haemophiliacs by the combined use of hypnotic suggestion, protective splints and packing of sockets, *Journal of Oral Surgery and Anesthetics in Hospital Dental Service* 20:488-500.

- Morcas, B. A. (1984) The treatment of anxiety by reciprocal inhibition under hypnosis, *British Dentaljournal* 157: 68.
- Morse, D. R. (1984) An exploratory study of the use of meditation alone and in combination with hypnosis in clinical dentistry, *Hypnos* 11: 87-91.
- Muir, J. D. and Calvert, E.J. (1988) Vomiting during the taking of dental impressions. Two case reports on the use of psychological techniques, *British Dentaljournal* 165:139-141.
- Nicolaou, P. E. (1988) Should professionals stick to their own lasts? One hypnodontist's point of view, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 5:158-160.
- Rowley, D. T. (1986) *Hypnosis and Hypnotherapy*, London: Croom Helm.
- Ryder, M. and Wright, P. A. (1988) Dental sedation: a review, *British Dentaljournal* 165:207-216.

278

Глава 9

- Scott, D. L. (1978) University training in medical and dental hypnosis, *Proceedings of the British Society of Medical and Dental Hypnosis* 4: 13-30.
- Smith, R. (1977) *A Primer of Hypnosis*, Bristol: Stonebridge Press.
- Wardle, J. (1982) Fear of dentistry, *British Journal of Medical Psychology* 55:119-26.
- Wookey, E. E. (1938) Uses and limitations of hypnosis in dental treatment, *British Dental Journal*: 562-568.
- Woolgrove, J. C, Atkins. J. and Cumberbatch, N. G. (1980) Will it hurt? Pain and fear in the dentist's chair, Paper presented to the British Association for the Advancement of Science.
- Zwirn, M. and Vartikovski, R. (1988) Integration of desensitization and indirect hypnotic techniques for the non-cooperative dental patient, *Abstracts of the International Congress of the Israel Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine* 25.

10 Крисси Иоэнну

Гипнотерапия в работе с детьми

Введение

Гипноз в работе с детьми был описан как включенность в интенсивное воображение (Hilgard, 1970). Из-за своей расположенности к фантазиям дети с готовностью отзываются на гипноз (Erickson, 1958; Ambrose, 1961; Gardner, 1974) и, следовательно, становятся его превосходными субъектами. Вероятно, детская вовлеченность в фантазирование и гипнабельность связаны с несколькими аспектами умственного и эмоционального развития, описанными Гарднером (Gardner, 1974): 1) способность к фокусированию внимания, погружению и поглощению настоящим; 2) конкретное, буквальное мышление; 3) любовь к волшебству, ограниченная оценка реальности и готовность чередовать реальность с фантазией; 4) интенсивность переживаний; 5) открытость для новых идей и впечатлений.

В то время, как самое раннее применение гипнотических техник в общении с детьми можно обнаружить еще в Ветхом и Новом Заветах, современный исторический отсчет ведется с работы Месмера в конце XVIII века. Обзоры педиатрической

280

гипнотерапии и соответствующая библиография были опубликованы Вайценхоффером (Weitzenhoffer, 1959) — 86 наименований, начиная с 1886 г. и заканчивая 1959 г., и Гарднером (Gardner, 1980) — 114 упоминаний за период с 1955 г. по 1980 г., преимущественно в американских журналах. Последний обзор демонстрирует значительное оживление интереса к детской гипнотерапии в США в 1960-х и 1970-х годах. В Великобритании рост этого интереса начался с создания в 1978 году Британского общества экспериментального и клинического гипноза (БОЭКГ¹). Его членами могли стать клинические и образовательные психологи, врачи, дантисты, экспериментальные психологи и некоторые другие специалисты. Результатом стало то, что гипнотерапия сделалась более доступной для детей при решении широкого спектра проблем и в различных условиях: в школах, диагностических центрах, педиатрических и детских психиатрических заведениях. В этой главе будут описаны положение дел в детской гипнотерапии, основные гипнотические методы, практикуемые в работе с детьми, специальное применение гипноза для решения некоторых главенствующих проблем, научные изыскания и будущие направления.

Широко признается, что дети являются лучшими субъектами для гипноза, нежели взрослые. Детская чувствительность к гипнозу может быть измерена с помощью Теста восприимчивости детей к гипнозу² (ТВДГ) или Стэнфордского клинического теста гипноза для детей³ (СКТГД). ТВДГ (Лондон, London, 1963) состоит из 22 пунктов, включающих зрительные, слуховые и

сенсорные галлюцинации. Недостатком тестов является то, что работа с ними отнимает 45-60 минут. СКТГД (Morgan and Hilgard, 1979) занимает лишь 20 минут и представляет, следовательно, большую практическую ценность в клинических условиях. СКТГД включает в себя две формы, одну — для детей в возрасте 6-12 лет и другую, модифицированную, — для детей в возрасте 4-8 лет. В модифицированную

¹ British Society of Experimental and Clinical Hypnosis (BSECH).

² Children's Hypnosis Susceptibility Scale (CHSS).

³ Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children (SHCSC).

Гипнотерапия в работе с детьми

281

форму входят индукция активного воображения без закрывания глаз, так как большинство маленьких детей этому сопротивляется, и шесть проверочных пунктов. Форма для детей старшего возраста включает в себя индукцию фиксации глаз (на ногте большого пальца) с релаксацией и семь последующих проверочных пунктов: опускание кисти, напряжение руки, зрительные и слуховые галлюцинации, сон, возрастную регрессию и постгипнотический ответ. В модифицированной версии последний пункт опускают. Ценность тестов состоит в том, что реакции ребенка могут помочь клиницисту выбрать правильные методы воздействия; ребенку тесты показывают, насколько он чувствителен к гипнозу, и уровень гипнотической чувствительности ребенка может быть соотнесен с клиническим результатом. Это помогает клиницисту определить, чем было вызвано улучшение — гипнотерапией или неспецифическим лечением (Zeltzer and LeBaron, 1986).

Повторные исследования возрастной чувствительности к гипнозу позволяют вывести умеренную кривую с пиком в середине детства и последующим легким снижением во взрослом состоянии (London and Cooper, 1969; Morgan and Hilgard, 1973, 1979). Однако одним исследованием (London, 1962), в котором участвовало 40 детей в возрасте 5-11 лет, было установлено, что дети срединного возраста неплохо притворяются загипнотизированными. При выведении стандартов в группе из 250 детей в возрасте 5-16 лет Лондон и Купер (London and Cooper, 1969) обнаружили серьезные отклонения от стандартов во всех возрастных группах, что выразилось в самых различных реакциях детей всех возрастов. Впрочем, данные показали большую чувствительность детей в сравнении с взрослыми. Возрастные изменения гипнотической чувствительности были объяснены потерей способности к воображению.

Почему дети являются лучшими, чем взрослые, субъектами гипноза? Уже приводились ссылки на детский талант воображения, который поддается оценке легче, чем у взрослых. Имеется ряд коррелятов детской гипнотической чувствительности, хотя единая теория отсутствует. Термин «чувствительность» используется вместо «восприимчивости» с тем, чтобы подчеркнуть, что способность погрузиться в гипноз является

282

заслугой ребенка, а не терапевта (Gardner and Olness, 1981). Теории развития ребенка, исследования и клинические наблюдения предлагают множество коррелятов, которые обсуждаются Гарднером и Олнессом (Gardner and Olness, 1981) с выделением следующих:

1. Связь гипнотической чувствительности с возрастом (см. выше).
2. Гипнотическая чувствительность одинакова у мальчиков и девочек.
3. Дети разного возраста чувствительны к разным методам индукции.
4. Есть некоторые свидетельства в пользу генетической обусловленности гипнабельности, хотя влияния обстановки и их переплетения тоже важны.
5. Существует прямая, хотя и умеренная, зависимость гипнабельности от интеллекта.
6. Данные ЭЭГ показали тесную связь гипнотической чувствительности с альфа-ритмом при открытых глазах ребенка.
7. Дети с высокой восприимчивостью к гипнозу демонстрировали высокую мотивацию к достижению успеха. В этом смысле их чувствительность была обусловлена желанием прийти к пониманию окружения и власти над ним (Erickson, 1958).
8. Отношение детей к взрослым также может играть важную роль. Было высказано мнение, что дети чувствительны к гипнотерапии потому, что склонны доверять взрослым и, в отличие от них, не испытывают тревоги по поводу контроля над собой (Gardner, 1974).

Включенность в фантазирование является в детской гипнотерапии главным моментом. У взрослых отмечается четкая положительная связь между фантазированием и гипнабельностью. Дж. Р. Хилгард (Hilgard, 1970) обнаружил, что высоко-гипнабельные молодые люди в детстве много

фантазировали, а их родители либо поощряли эти действия, либо не мешали им. В дальнейшем связь гипнабельности с развитием воображения в детстве подтвердили ЛеБарон и др. (LeBaron et al., 1988). Предшественниками гипнотического поведения счита-

Гипнотерапия в работе с детьми 283

ются придуманные или подражательные игры в возрасте от 2 до 3 лет, которые расцениваются как «протогипноз» (Hilgard and LeBaron, 1984).

В гипнотерапию может входить любая модель терапевтического вмешательства, например, бихевиористская, психодинамическая или когнитивная. Крайне важно, чтобы терапевт любил детей и был профессионалом в диагностике и лечении детских болезней. Другими словами, врач должен быть терапевтом во-первых, и только во-вторых — гипнотерапевтом. Более того, терапевт должен уметь лечить как с применением гипноза, так и без него. (Читателю, который не знаком с психологическим лечением детей, следует обратиться к работе: Rutter and Hersov, 1985.) Выбор гипнотерапевтических техник будет зависеть от имеющейся у ребенка проблемы; его особенностей, таких как возраст, интеллект и наличие дефектов; теоретической ориентации терапевта и ситуационных факторов. Лечение нужно начинать с решения проблемы, возникающей при первичном обследовании: терапевт должен выбрать наилучший способ воздействия — проводить ли ему индивидуальную терапию, работать ли втроем с родителями или прибегнуть к семейной терапии. Конечно, решение частично зависит от того, в чем именно определит терапевт источник проблемы. Сфокусированность на ребенке предполагает психотерапию, которая может включать в себя, а может и не включать гипноз. Гипнотерапия может быть первичным лечением или применяться как дополнение.

Гипнотерапевтические подходы

Общие принципы

Перед тем как приступить к гипнотерапии, терапевт должен установить контакт с ребенком и познакомиться с его интересами, узнать, что он любит, а что — нет, каковы его любимые занятия, телепередачи и фантазии. Неправильные представления о гипнозе нужно исправить, спросив у ребенка, что ему известно о гипнозе. Видимо, такая дидактическая сессия больше нужна подросткам, которых требуется убедить в том,

284

Глава 10

что они сохраняют контроль над собой. К тому времени терапевт уже должен произвести тщательную оценку наличествующей проблемы.

Выбор метода индукции будет зависеть от стиля и творческого потенциала терапевта и возраста, развития, привязанностей, интересов ребенка, а также чувствительности его к гипнозу. Терапевт должен проявлять гибкость и быть готовым прибегнуть к иному методу, коль скоро первый окажется неудачным. Детям нравятся индукции фантазий, которые захватывают их воображение и внимание. В этом и состоит задача гипнотических индукций при работе с детьми. В дальнейшем такое фантазирование позволяет ребенку отвлечься от некоторых деталей окружающей обстановки (таких, как неприятная медицинская процедура) с помощью диссоциации. Зельцер и ЛеБарон (Zeltzer and LeBaron, 1986) описывают разницу в восприятии детьми гипноза в зависимости от возраста. Дошкольники не умеют усваивать включенность в фантазирование и потому активно реагируют на гипноз. Другие дети способны переживать гипноз в усваивающей манере, фокусируя свое внимание на фантазиях и образах. У подростков этот процесс протекает успешнее из-за больших вербальных и когнитивных способностей. В то время как подростки отзываются на любой метод индукции для взрослых, в работе с маленькими детьми формальные индукции не обязательны. (Erickson, 1958). Дошкольники лучше всего реагируют на индукции, ориентированные на активную игру. Очень полезны вспомогательные факторы вроде мыльных пузырей, игрушек или кукол — все это заставляет ребенка сидеть с широко раскрытыми глазами. В отличие от взрослых, дети во время гипноза вертятся и отвлекаются, могут закрывать и снова открывать глаза или вообще отказываются их закрыть. Поглощенность образами и фантазиями указывает на степень их чувствительности. Вовлеченность детей в фантазию можно проверить, спросив у них, действительно ли они что-то почувствовали или только подумали об этом. При индукции не обязательно закрывать глаза, поскольку установлено, что для детей это самая трудновыполнимая задача (London and Cooper, 1969). Детей можно заставить закрыть глаза, сказав им, что так будет проще представить

гипнотерапия в работе с детьми 285

некоторые вещи. Гарднер и Олнесс (Gardner and Olness, 1981) избегают отдельных слов, которые

могут иметь отрицательный смысл для маленького ребенка, таких как «сонный», «вялый» или «усталый».

Техники индукции были подробно описаны Гарднером и Олнессом (Gardner and Olness, 1981). Другие методы можно почерпнуть у Хилгарда и ЛеБарона (Hilgard and LeBaron, 1984). Описанные индукции являются рекомендательными и побуждают ребенка к активному включению, участию и власти над ситуацией; командные методы в работе с детьми не показаны. Описанные методы индукции являются механическими или идеомоторными (например, фиксация глаз или поднятие руки) и техниками, подключающими воображение и фантазию (например, полет на коврово-самолете). Эти идеомоторные методы помогают улучшить включенность в фантазирование. Сосредоточение детского внимания на сенсорных подробностях переживания, то есть на том, что ребенок может видеть, чувствовать или слышать, приводит к дальнейшему улучшению диссоциации.

Дети разного возраста предпочитают разные методы индукции. С учетом возраста Гарднером и Олнессом (Gardner and Olness, 1981) составлен перечень этих методов. В методах по-прежнему гибкость, если терапевт будет постоянно помнить о возрасте ребенка и о его умственном и социальном развитии. Можно использовать свойства детского характера, такие как восторг к приключениям, любопытство и претензии. Например, у тревожного ребенка с расстройством сна можно спросить: «Интересно, как это доктору Кто удается вздремнуть, Иногда вокруг сплошные Далеки?» (Gibson and Hear, 1990). Такие стадии гипноза, как индукция, углубление, коррекция и усиление это могут подчас быть неотличимыми друг от друга. Это действительно видно на примере повествовательных техник (будут описаны ниже), которые образуют целую лечебную процедуру. Посылки типа суггестии неспособности открыть глаза следует применять с осторожностью ввиду возможного развития тревоги. (Gibson and Hear, 1990).

Прогрессирующую релаксацию и дыхательные упражнения можно сделать интереснее в сочетании с такими вообра-

286

Глава 10

жаемыми картинками, как летящие мыльные пузыри или задувание свечей на волшебном торте. С помощью соответствующих выражений и образов можно адаптировать для детей некоторые методы, применяемые в работе со взрослыми. Это могло бы включать в себя вариации техники сжатия кулака для снижения напряженности у тревожных детей (Gibson and Hear, 1990). Терапевтические суггестии можно давать прямо или косвенно с использованием историй или метафор. Карле и Бойз (Karle and Boys, 1987) подчеркивают важность использования терапевтом подходящих выражений. Они полагают, что важно учитывать язык, к которому прибегают в семье ребенка, и избегать, таким образом, непонимания.

Другим важным соображением, которое нужно иметь в виду, прежде чем приступить к лечению, является присутствие родителей, которого ребенок может либо хотеть, либо нет. Как правило, маленькие или тревожные дети хотят, чтобы родители были с ними. Терапевту следует взять себе за правило спрашивать ребенка о его желаниях. Если кто-то из родителей остается, этим часто можно воспользоваться, усадив ребенка к нему на колени или включая его (одного из родителей) в процесс в качестве котерапевта. Если родителям объяснить план лечения, их присутствие зачастую оказывается полезным (Karle and Boys, 1987).

Методы индукции

Гарднер и Олнесс (Gardner and Olness, 1981) в деталях представляют набор техник гипнотической индукции. Можно использовать любой из этих способов, а также творчески их комбинировать. Методы индукции включают в себя зрительные, слуховые и двигательные образы, повествования, идеомоторные техники, прогрессирующую релаксацию, отвлечение и методы утилизации. Некоторые распространенные гипнотические техники будут представлены ниже. Интересующиеся читатели могут обратиться к литературе (1981, Hilgard and LeBaron, 1984, Karle and Boys, 1987, Gibson and Hear, 1990) за дальнейшими объяснениями насчет методов индукции, а также разработать свои собственные.

Гипнотерапия в работе с детьми

287

Фиксация глаз на монете

Ребенка просят удерживать монету между большим и указательным пальцами, кисть при этом отведена на расстояние вытянутой руки; одновременно даются суггестии тяжести в руке и глазах, равно как релаксации и комфорта. Внимание ребенка можно повысить, попросив его смотреть на

ноготь большого пальца и разглядывать либо его, либо монету. Терапевт может внушить, что когда пальцы устанут, монета упадет на пол, где ребенок ее потом сможет найти. Маленьким детям может нравиться, когда монету держит любимая мягкая игрушка. Несмотря на то, что закрывание глаз считается самым трудным заданием для детей по сравнению со взрослыми (London and Cooper, 1969), оно может стать проще для выполнения, если использовать иностранную монету, незнакомую ребенку (Karle and Boys, 1987). Ребенку можно дать специальную монету для упражнений в самогипнозе.

Телевизионная фантазия

Терапевт может предпочесть этот метод, согласно которому детей просят закрыть глаза и представить большой телевизор с хорошим цветом и пультом дистанционного управления, который позволяет выбрать любимую программу. Им говорят, что, они при желании могут принять участие в этой программе, а голос терапевта будет похож на мамин, когда они будут поглощены передачей и не захотят, чтобы им мешали (Бенсон, Benson, 1984a, 1988). Гипнотические или постгипнотические суггестии можно украсить, например, введением в них телегероя, чтобы тот смоделировал и предложил решение проблемы. Просьба к ребенку закрыть сначала глаза устраняет все трудности с сопротивлением этому.

Воздушный шарик на воде

Ребенка просят представить что-либо так живо, как если бы это происходило на самом деле. Он может вообразить себя сидящим в большой ванне с водой (Karle and Boys, 1987), на поверхности которой плавает воздушный шарик. Ребенка можно

288

спросить, какого шарик цвета, и представить, что его рука касается воды и останавливает шарик, чтобы он не уплыл. Внушают, что шарик раздувается и толкает руку ребенка так, что она взмывает в воздух. Дальнейшие суггестии касаются релаксации и комфорта.

Любимое место

Ребенок может представить любимое, безопасное или полное радости место. Образ можно усилить, приглашая ребенка увидеть это место так, как будто он действительно там находится. Могут даваться суггестии хорошего самочувствия, релаксации и комфорта. Любимое место может обеспечить ценное диссоциативное переживание для тех детей, которые подвергаются неприятным медицинским процедурам (Hilgard and LeBaron, 1984). Оно часто включается в самогипноз для контроля над тревогой или релаксации.

Любимое занятие

Этот образ похож на любимое место с той разницей, что фантазия ребенка связана с любимым делом, вроде езды на велосипеде, плавания, танца, игр на детской площадке или походу в Лунный парк. Подчеркивается необходимость активного участия, а внимание ребенка приковывается к сенсорным аспектам фантазии.

Идеомоторные техники

Эти техники требуют от ребенка сосредоточения на идее движения так, что этому движению позволяется происходить, но оно не производится на самом деле. Обычной идеомоторной техникой является поднятие руки. Ребенок представляет веревку, привязанную к его запястью, на другом конце которой закреплен воздушный шар, парящий в воздухе. Даются суггестии нарастающей легкости в кисти. Метод подходит для школьников, хотя может быть использован и в работе с детьми младшей возрастной группы. Другими примерами этой техники являются тяжесть в руке, опускание пальца и напряженность руки.

Гипнотерапия в работе с детьми

289

Повествовательные техники в терапии

Создается впечатление, что маленькие дети или подростки лучше воспринимают повествовательные техники, нежели формальные методы гипноза. Рассказ может быть составлен на основе привязанностей, интересов и потребностей ребенка. Рассказывание историй может оказывать особое терапевтическое действие при работе с маленькими детьми, подвергающимися инвазивным процедурам, которые могут быть болезненными или страшными (Gardner and Olness, 1981; Kuttner et al., 1988). Можно пересказать сказку или телепередачу, которую любит ребенок, в подлинном или адаптированном виде. Эта техника — больше чем отвлечение. Кроме него, Гарднер и Олнесс отмечают сосредоточение внимания и изменения чувствительности, которые также наблюдаются в состоянии гипноза.

Большинство детей способны выслушивать истории к 4-летнему возрасту. История может

включать в себя непрямые суггестии, направленные на снижение зуда, тревоги или боли. Непрямые суггестии, встроенные в персонализированные сказки, были описаны Элкинсом и Картером и Левином (Elkins and Carter, 1981; Levine, 1980). Процедура создания такой сказки требует выяснить, что ребенок любит и не любит, особенно каковы его любимые сказочные герои, цвета, предметы и занятия. После этого составляется история, в которую встроено то, что любит ребенок, а сказочные герои общаются с ним по ходу рассказа. Фантастические персонажи указывают способы, которыми можно справиться с детскими стрессами. Ребенку дают аудиозапись для прослушивания перед сном, и в ней содержатся суггестии комфорта, релаксации, уверенности и так далее.

Кроули и Миллз разработали детские повествовательные техники с использованием лечебных метафор. Они, как описано выше, познакомились с интересами и пристрастиями ребенка, при этом учитывали язык как индикатор его «репрезентативной системы» (визуальной, слуховой или кинестетической). Они полагают, что метафоры эффективны потому, что они обрабатываются правым полушарием мозга, которым опосредованы эмоциональные процессы, участвующие в психогенной симп-

10 М. Хип

290

томатике. Авторы, однако, соглашаются с тем, что для выявления конкретных факторов, ведущих к эффективности метафоры, требуются экспериментальные исследования.

Кроули и Миллз (Crowly, Mills, 1985/6) сообщили о случае 8-летнего мальчика с вторичным энурезом. Они применили метафору, в которой присутствовал слоненок по имени Сэмми которому в цирке было трудно носить ведра с водой. Непрямые суггестии успешного контроля над мочевым пузырем были даны через старого верблюда, который помогает Сэмми научиться доставлять воду в нужное место, не проливая ее. В течение месяца у мальчика было отмечено два эпизода энуреза, а контроль, проведенный шестью месяцами позже, показал, что энурез прекратился.

Кэллоу (Callow, 1988) описывал повествовательные техники в работе с Кэти, 9-летней девочкой с острой экземой. Были сделаны четыре аудиозаписи рассказа о мальчике, который играл на флейте, как ангел. Они посылались Кэти по почте с двухнедельными интервалами. Чтобы улучшить ее состояние, в запись был вставлен музыкальный фрагмент в качестве «ангельской музыки». В конце повествования музыка интрое-цировалась ею так, что девочке больше не нужно было ее слушать, чтобы поддерживать лечебный эффект. Через семь-во-семь недель ее кожа незаметно улучшилась и, хотя в течение последующих двенадцати месяцев наблюдалось несколько рецидивов, оставалась в намного лучшем состоянии. Кроме того, девочка была рада улучшению сна и своих личных качеств.

Техники фантазии в терапии

Терапевты должны быть готовы к новаторскому и творческому применению образных техник в работе с детьми. Могут разрабатываться новые фантастические техники, соответствующие интересам каждого конкретного ребенка. В них могут быть представлены волшебный лес, катание на «русских горах» в Луна-парке или волшебный полет на самолете, который ребенок смастерил сам. Можно еще полетать на ковре-самолете или отправиться в космическое путешествие (Gibson and Hear, 1990). Параллельно можно вводить терапевтические суггестии.

Гипнотерапия в работе с детьми

291

Тилтон (Tilton, 1984) сообщил о «героической» технике гипноза. После того как терапевт установит любимых ребенком героев из телепередач, мультфильмов, книг или фантазий, герой привлекается к решению той или иной проблемы во время гипноза. Терапевт дает суггестии так, как если бы они давались герою. Высказывалось мнение, что дети лучше следуют ,указаниям, которые исходят из уст любимого персонажа (Gardner, 1974). Кроме того, терапевт может повысить их эффективность, повторяя те же суггестии для состояния бодрствования. Тилтон (Tilton, 1984) полагает, что этот метод, включающий самогипноз, усиливает эго, повышает у ребенка чувство самостоятельности и гарантирует безопасность. Похожий метод применили Джей и др. (Jay et al., 1985), которые ввели образ супергероя в состав поведенческой программы, чтобы помочь детям, больным раком, переносить взятие костного мозга и люмбальные пункции. Хотя эти методы не относятся к гипнотическим, они отчасти позволяют пережить нечто родственное гипнозу в смысле включенности в фантазию. Аналогичные методы применялись, чтобы помочь детям переносить регулярный забор крови для анализа после пересадки почки (Ioannou 1988).

Бенсон (Benson, 1984a) разработала комплексное гипноте-рапевтическое лечение для подростков-правонарушителей, отличающихся лживостью. Впрочем, этот комплекс можно использовать при решении широкого спектра детских проблем. Она прибегает к символическому фантазированию, в котором гипнотерапия является частью общей терапевтической стратегии, могущей включать в себя дополнительные занятия в школе или изменение внешних условий для снижения стресса. Гипноз используется для решения проблемы и усиления у ребенка когнитивных процессов с целью преодоления стресса. Поскольку подростки не желают подчиняться, этим методом не предусмотрена фиксация глаз или идеомоторные техники типа поднятия руки. Бенсон пользуется видоизмененным методом непрямого суггестии Эриксона (Erickson and Rossi, 1979) и управляемым воображением. Ее метод начинается с индукции телевизионной фантазии, уже описанной в разделе «Методы индукции». Углубление осуществляется с помощью про-

292

Глава 10

грессирующей релаксации, вербального запуска, затем идут счет и представления картины пляжа. Лечение преследует четыре цели: снижение тревоги, решение проблемы, формирование задач на будущее и эго-усиление. Ребенку или подростку объясняется сущность подсознания — то, что оно представляет собой тайную, глубоко личную часть сознания, где собраны воспоминания и чувства и которая контролирует привычки. Ребенку напоминают, что во время гипноза он обретает контроль над бессознательным и тем самым — способность изменить одни черты и приобрести новые, такие, как спокойствие и расслабленность. Самогипнозу обучают с помощью воображаемой телепередачи и последующего спуска на двадцать ступенек вниз, к пляжу. Во время гипноза ребенок может сфокусироваться на привычках, подлежащих коррекции. Решение проблемы осуществляется следующим путем: ребенку предлагают представить стол с множеством ящиков, в которых лежит все, что может помочь ему в жизни. Со стола нужно стереть пыль и привести его в порядок; все проблемы следует сложить на одну сторону, и ребенок, сделав это, подает соответствующий знак пальцем. Затем ребенок представляет, что проблемы упакованы в бумажный пакет, на каждую из них навешен ярлык с одной стороны, а с другой — соображения насчет ее решения. Если ребенок не знает, как решить проблему, то ему дают совет и оказывают помощь.

При необходимости может быть использована возрастная регрессия. Ребенку объясняют, что иногда корни проблемы находятся в прошлом и в свое время не были распознаны; для того чтобы от них избавиться, нужно выкорчевать корни. Терапевт ведет обратный отсчет лет, а ребенок указывает возраст, в котором возникла проблема. В этом пункте можно также произвести десенсибилизацию к тревоге или специфическим фобиям, таким как предэкзаменационная нервозность или боязнь школы.

Ребенка побуждают составить план на будущее с помощью воображения хрустального шара и четкого представления себя самого в возрасте 20 лет. Эта картина будущего помещается в центр лабиринта — либо с реальными перегородками, либо комического. Задачей является проложить дорогу снаружи

Гипнотерапия в работе с детьми

293

к центру лабиринта. Ребенок сообщает о выполнении задания, и если на пути ему встретились препятствия, сообщает о них терапевту. Эти препятствия, как правило, указывают на причины, мешающие лечению, и их исследуют. Ребенку помогают достигнуть цели и продолжают помогать в дальнейшем, если преодоление препятствий затруднительно.

Эго-усиление требует, чтобы ребенок представил своеобразные пирожные, изготовленные из всего самого лучшего в его жизни: счастливых воспоминаний, добрых времен, хороших отношений и любых других приятных вещей, какие только можно положить в миску. Ребенку говорят, что из смеси получится то, что нужно каждому для чувства уверенности в себе, спокойствия и расслабленности, безопасности и счастья, а также готовности взяться за решение любой проблемы, что встретится на пути. Когда ребенок съедает пирожные, он чувствует внутри себя уверенность и тепло. Постгипнотически внушается напечь еще больше пирожных, коль скоро найдутся другие приятные вещи, которые можно в них добавить.

Недавно Бенсон (Benson, 1988) включила в свой метод две новые символические фантазии: 1) компьютерную, когда ребенок перепрограммирует свои привычки, стирая одни и закладывая в программу другие, и 2) сад, заросший сорняками (символизирующими стрессовые моменты), которые ребенок выпалывает так, что могут свободно расти новые молодые растения.

Транс завершается уходом ребенка с пляжа и подъемом на двадцать ступенек обратно с чувством удовлетворения от приобретения на сессии всего необходимого.

Бенсон отмечает трудность оценки этого комплексного лечения. В качестве метода оценки она рассматривала каждый конкретный случай с качественной, а не с количественной стороны. Она нашла затруднительным объективно подтвердить изменения, невзирая на стандартизированный лечебный сценарий. Трудности были связаны с комплектованием соответствующих контрольных групп и разницей в работе терапевтов (Benson, 1988). Таким образом, оценка этого метода основывается на субъективных заключениях.

294

Самогипноз

Некоторые авторы рассматривали самогипноз в контексте специфических педиатрических проблем. Самогипноз особенно полезен при склонности заболевания к рецидивам например, при мигренозных головных болях или ночном энурезе. Преимущества обучения ребенку самогипнозу состоят в ощущении контроля и власти и в многократном закреплении терапевтических суггестий и образных упражнений (Gardner and Olness, 1981). Разумно ввести дополнительную дидактическую сессию, где врач объяснит правила использования самогипноза и условия его применения времени и места. Дети могут легко практиковать самогипноз, располагая секретным паролем, который они произносят в безопасной или уединенной обстановке, или повторяя индукцию, предложенную терапевтом, вроде фиксации взгляда на монете. Обеспечить самогипноз может аудиозапись терапевтической сессии или персонализированной сказки. Дети старше пяти-шести лет должны отвечать за самогипноз сами. Детям младшего возраста может понадобиться для самогипноза присутствие или активное участие родителей.

Главная трудность детского самогипноза состоит в том, что лишь немногие дети продолжают практиковать его дольше шести недель. Детям это быстро надоедает, или они забывают о нем (Коэн и др., Cohen et al., 1984). Дети могут не хотеть заниматься самогипнозом, если они недостаточно мотивированы к решению проблемы, если беспокоятся, что терапия завершится, когда им станет «лучше», или потому, что им мешают родители.

Показания и противопоказания

С помощью гипнотерапии можно воздействовать на широкий круг детских заболеваний, но это не означает, что гипноз является панацеей. В работе с детьми гипнотерапия используется мало, являясь зачастую последним средством там, где методы традиционного лечения потерпели неудачу. Она особенно важна при лечении боли, связанной как с самим заболеванием, так и с определенными медицинскими процедурами.

Гипнотерапия в работе с детьми

295

ми. Выяснилось, что гипнотерапия нравится детям; осложнений немного, реакция на лечение наступает быстро, к тому же дети стремятся к большей уверенности в себе, господству над ситуацией и независимости.

Полный разбор противопоказаний приведен Гарднер и Ол-несс (Gardner and Olness, 1981). Гипнотерапия противопоказана, когда: 1) имеется неправильное понимание гипноза; 2) налицо негативное отношение влиятельных взрослых — родителей, медицинского персонала и учителей; 3) внимание ребенка отвлекается такими ситуационными факторами, как острая боль или тревога; 4) показано прямое медикаментозное или хирургическое вмешательство; 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 (Gardner, 1978, Gardner and Olness, 1981).

Специальное применение

Гипнотерапевтические методы можно разбить на три широкие категории:

1. Поддерживающие эго-возвышающие методы, которые увеличивают в ребенке чувство собственного достоинства и обеспечивают владение ситуацией и независимость.
2. Симптоматические методы, которые призваны устранять конкретные соматические или эмоциональные проявления болезни.
3. Динамические методы, ориентированные на инсайт, которые облегчают симптоматику и приводят к усилению эго. Чаще в работе с детьми используются поддерживающие и симптоматические методы, хотя во многих случаях может присутствовать их комбинация (Gardner and Olness, 1981). В педиатрии есть некоторые состояния, которые нельзя лечить при помощи

гипнотерапии, хотя и серьезные проблемы ей поддаются. Гипнотерапия может быть методом первичного лечения таких заболеваний, как ночной энурез, нежелательные привычки, мигрень или головные боли, связанные с давлением,

296

Глава 10

бородавки и боль, вызванная хроническим заболеванием или инвазивными медицинскими процедурами. Гипнотерапию можно применять как дополнительный метод в лечении астмы, диабета, злокачественных новообразований, гемофилии и прочих хронических состояний, требующих частых госпитализаций и инвазивных процедур (Olness, 1986).

Коэн и др. (Cohen et al., 1984) подтвердили клиническую ценность гипнотерапии при лечении в течение одного года 505 детей и подростков, которые в дальнейшем наблюдались от четырех месяцев до двух лет. Лечение подвергались острая боль, энурез, хронические боли, астма, энкопрез, дурные привычки, ожирение и тревога. Из этих детей и подростков 51% выздоровели полностью, состояние 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 четыре. Авторы предположили, что четырех визитов может оказаться достаточно, чтобы подготовить положительную реакцию на лечение. Далее, даже 3-летние дети в этом исследовании были способны к эффективному самогипнозу.

Иоэнну и Харт (см. главу 6) провели опрос среди членов БОЭКГ¹, стремясь оценить использование в Великобритании гипнотерапии для лечения болевых состояний у детей. Опрос показал, что чаще всего гипнотерапия применялась в лечении тревожных расстройств, сопровождавшихся педиатрическими заболеваниями, болей, проблем, связанных с обучением, дурных привычек, а также поведенческих и психогенных расстройств. Меньше всего, как выяснилось, она практикуется в детской хирургии и при воздействии на терминальные состояния.

Соколь и др. (Sokol et al, 1990) описывают гипнотерапевтическую помощь детям, которую они оказывали в период с сентября 1988 г. в детской больнице на Гейт-Ормонд стрит, в Лондоне. Гипнотерапия использовалась там как дополнительное средство при лечении многих детских заболеваний,

Британское общество экспериментального и клинического гипноза — British Society of Experimental and Clinical Hypnosis (BSECH).

Гипнотерапия в работе с детьми

297

включая астму, экзему, мигрень, болевые состояния, а также тревогу и тошноту, связанные с инвазивными процедурами. При этом практиковался симптоматический подход, часто как часть более широкой программы, в которую может входить семейная, супружеская или индивидуальная (негипнотическая) терапия. Подготовка персонала происходила под непосредственной супервизией, хотя неясно, сохранилось ли такое положение дел в дальнейшем. Оценка состояния 36 детей, получавших гипнотерапию, при общей группе численностью в 51 человек, лечившихся свыше полугода, показала, что у 14 (39%) оно «значительно улучшилось», у 15 (42%) — «улучшилось» и у 7 не было отмечено никаких существенных изменений. Ни у одного ребенка, получавшего гипнотерапию, не было ухудшения состояния.

Некоторые из наиболее частых заболеваний, которые лечатся с помощью гипнотерапии, представлены ниже с упором на практику, принятую в Великобритании. Более полное описание других заболеваний и подходов к их лечению читатель найдет в работе Гарднера и Олнесса (Gardner and Olness, 1981).

Боль

Гипноз может существенно помочь в уменьшении острых и хронических болей у детей (см. также главу 6). В детской гипнотерапии были проведены самые волнующие и хорошо организованные эмпирические исследования, преимущественно в сфере детской онкологии. Гарднер и Олнесс (Gardner and Olness, 1981) и Хилгард и ЛеБарон (Hilgard and LeBaron, 1984) предоставили полный и подробный обзор гипнотических методов; также есть много других публикаций по этому вопросу, представлены американскими авторами. Заинтересованному читателю рекомендуется работа Зельцера и ЛеБарона (Zeltzer and LeBaron, 1986), где дан прекрасный обзор применения гипноза при лечении боли у детей. Дети лучше, чем взрослые, умеют контролировать боль (Wakeman and Kaplan, 1978). Гипнотерапия успешно помогает детям снизить боль, вызванную как самой болезнью, такой, как рак и серпок-леточная анемия, переломы, так и инвазивными

медицинскими процедурами: инъекциями, взятием костного мозга, люм-
298

Глава 10

бальными пункциями, перевязками и обработкой ожоговых поверхностей; при мигрени, головных болях, связанных с артериальным давлением, и ревматических болях, при анестезии во время малых хирургических вмешательств и в терминальных состояниях.

Гарднер и Олнесс (Gardner and Olness, 1981) описывают несколько техник гипноаналгезии, которые можно использовать в сочетании и включить в них прямо или косвенно суггестированную диссоциацию:

1. Прямые суггестии гипноаналгезии, например: «просто представь, что в кожу в этом месте втирается прохладное лекарство». Представление болевого распределительного щита можно использовать, чтобы показать, как боль передается по нервам из различных частей тела в мозг, который потом посылает «сообщение» о боли обратно в тело. Ребенок может представить выключатели, которые можно повернуть и прервать поступление сигналов от нервов.
2. Дистанцирующие суггестии: например, удаление боли от себя путем воображения, что большая часть тела принадлежит кому-то другому, перенос ее в другое место и отдаление от боли с помощью воображаемого подъема в горы.
3. Суггестии чувств, противоположных боли: комфорт, смех или расслабление.
4. Отвлекающие техники: рассказывание историй, фокусирование на процедуре или повреждении так, чтобы ребенок описывал их в деталях, и сосредоточение на менее неприятных ощущениях, например, холоде вместо боли.
5. Привлечение внимания к самой боли. Это можно предложить детям, которые не могут от нее отвлечься, но которым можно дать тонкие суггестии ее изменения.
6. Закрепление контроля над болью с помощью самогипноза, который может дополняться помощью родителей, выступающих инструкторами, или аудиозаписями. Поскольку в Соединенном Королевстве лишь немногие

клиницисты практикуют гипноз при лечении боли, имеется очень мало научных данных, подкрепленных контрольными исследованиями. Сокель и др. (Sokel et al., 1990) описали случай с 14-летним Полом, который на протяжении четырех ме-

Гипнотерапия в работе с детьми

299

сяцев испытывал боли в низу живота, слева, неустановленной физической этиологии. Полу нравилось конструировать электрические цепи, и это было включено в его фантазию под гипнозом. Его попросили вообразить, что он, раскрепощенный, уверенный и свободный от боли, играет в теннис, и представить свой мозг в виде компьютера, контролирующего различные функции, провода которого подключены к разным частям тела. Ощущения в животе управлялись воображаемой кнопкой. Кроме того, были даны суггестии релаксации и облегчени боли. Сессия была записана на пленку, которую мальчику ве лели прослушивать дважды в день. Облегчение боли наступило почти немедленно. На следующий день, во время упражнения, осуществлявшегося под контролем врача, она остановилась на приемлемом уровне. Мальчика выписали, и месяцем позже он вернулся в школу. При помощи самогипноза он справлялся с эпизодическими приступами боли. Контрольное обследование через восемнадцать месяцев показало, что достигнутый эффект сохраняется, а боль появляется изредка и поддается контролю. Кроме того, Сокель и др. (Sokel et al., 1990) описывают случай с 6-летним Шоном, который страдал несколькими заболеваниями и боялся внутривенных инъекций. Терапевт, а позднее и мать, воспользовались историей про «Сути и Свипа» (любимая передача Шоно). Сути произносит волшебное заклинание и создает чудесную невидимую длинную перчатку, которая обладает анестезирующими свойствами и может надеваться с маминой помощью. Это помогло Шоно терпеть боль.

Карле и Бойз (Karle and Boys, 1987) описывали гипнотерапию при работе с 16-летним мальчиком, страдавшим хронической почечной недостаточностью и испытывавшим сильные боли, вызванные физиотерапевтическими процедурами, которыми лечили грубые контрактуры. Мальчик перенес две неудачные пересадки почки, и после повторных операций у него развилась недостаточность кровообращения в конечностях и контрактуры в руках и ногах. Когда кто-нибудь прикасался к его ногам, он дико кричал, и пассивные движения были также болезненными. После трех попыток он вошел в транс и после пяти-

300

шести сессий с терапевтом был способен к практике самогипноза. Его обучили методу аналгезии с использованием воображаемых проводов и выключателей, расположенных в позвоночнике. Аналгезия достигалась выключением нервов, которые несли болевые сигналы от голеней и бедер. В результате мальчик смог снижать боль, вызванную манипуляциями над его руками и ногами, и испытал радостное чувство гордости и господства над ситуацией, когда функция его ног восстановилась.

В Соединенном Королевстве мало работ, посвященных систематическому изучению боли с использованием контрольных данных. Автору известны лишь один или два клинициста, работающие в этом направлении. В настоящее время Иоанну (Ioannou — готовится к печати) проводит сравнение гипнотерапии с бихевиористскими методами в помощи больным диабетом детям выдерживать внутривенные инъекции. Завершено первичное аналогичное исследование в отношении детей, перенесших трансплантацию почки.

Тревога

Гарднер и Олнесс (Gardner and Olness, 1981) считают, что тревога сопутствует многим педиатрическим заболеваниям, так как ее может вызвать почти любая болезнь. Различные клинические состояния предполагают некоторую степень тревоги: так бывает при болезненных медицинских процедурах, проблемах обучения и при специфических страхах и фобиях. Гипнотерапия поможет снизить тревогу, связанную с хроническими заболеваниями, стоматологическими процедурами, хирургическими манипуляциями, трудностями с обучением, нарушениями сна, фобиями, а также социальную тревогу. Разбор специальных лечебных подходов и конкретных случаев читатель может найти в работе Гарднера и Олнесса (Gardner and Olness, 1981). Методы преодоления тревоги часто включают в себя релаксацию, десенсибилизацию, когнитивное реструктурирование и различные фантазийные приемы, направленные на снижение тревоги и напряжения. Одним таким примером является образ пара в котле старинной паровой машины, с помощью которого можно сигнализировать о снижении напряжения (Karle and Boys, 1987).

Гипнотерапия в работе с детьми

301

Ряд авторов Соединенного Королевства сообщают о практике гипнотерапии в процессе обучения. Макмиллан (Macmillan, 1988) рассказал о применении суггестопедии в работе с отстающими детьми. Метод был первоначально разработан Лозано-вым (Lozanov, 1978) и считается техникой, которая снижает тревогу и укрепляет эго. Метод, описанный Макмилланом (Macmillan, 1988), включает ритмичное дыхание и релаксацию, вслед за которыми малыми порциями вводится учебный материал (как правило, по слогам) с кратковременными паузами между ними. Макмиллан применял эти суггестопедические техники в индивидуальной и групповой работе более чем с восьмьюдесятью учениками, однако результаты, которые он приводит, касаются только групп. Видимо, те, кто, стали учиться лучше, были более способны к релаксации. Мнения насчет того, является ли суггестопедия гипнотической техникой или нет, разделились. Лозанов (Lozanov, 1978), например, не считает ее гипнозом. Некоторые полагают, что эта техника заставляет согласованно работать оба полушария мозга. Другие считают, что ей присущи некоторые черты гипноза, в частности релаксация и суггестия (Macmillan, 1988). Однако в данном случае нет упоминаний об образах и фантазиях, столь часто используемых в детском гипнозе. Чтобы судить о результате, было бы неплохо каким-либо образом оценить восприимчивость к гипнозу.

Хоутон (Houghton, 1988) представил случай 12-летней девочки с тревогой выполнения, которая волновалась, когда писала диктанты, сочинения и читала в классе вслух. Восемь сессий гипнотерапии были сфокусированы на низкой самооценке, внешнем локусе контроля и боязни потерпеть неудачу. Чтобы контролировать тревогу по вечерам, ее обучили самогипнозу, и она могла снижать уровень тревоги в школе и перед сном.

Научно-фантастические образы оказались полезными в работе с 13-летним мальчиком с множественными врожденными аномалиями; с их помощью снижалась его тревога по поводу посещения школы (Elkins and Carter, 1981). Воображался космический полет, во время которого мальчик тайно внедрялся в команду звездных путешественников.

302

Глава 10

Дурные привычки

Гипнотерапия может быть полезной в лечении многих автоматизмов (см. также главу 5). Чаще всего речь идет о ночном энурезе, вытягивании волос, лицевых тиках, обкусывании ногтей, сомнамбулизме и наркомании. Как и в случае любого другого заболевания, важной оказывается

диагностическая оценка. Если привычка поддерживается плохими отношениями в семье или связанными с этим эмоциональными расстройствами, могут быть показаны иные методы лечения, например, семейная терапия. Если привычка утратила свое первоначальное значение или цель и из нее не извлекается никакой вторичной выгоды, а ребенок мотивирован к ее преодолению, то гипнотерапия может оказаться весьма полезной.

Многие расстройства 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 привычку и научить ребенка более эффективным способам снижения тревоги, напряжения и преодоления стресса. В процессе лечения в ребенке можно развить чувство гордости за себя, контроля над ситуацией и другие положительные эмоции. Воображение силового поля способно заставить ребенка отказаться от выдергивания волос (Gardner and Olness, 1981); от той же привычки его избавит фантазия, будто руки превращаются в стальные поршни (Karle and Boys, 1987). При лечении и профилактике замещения симптома нужно позволить скрытому напряжению проявиться иным, более приемлемым путем. В качестве примера можно привести перемещение автоматизма с лица на мизинец.

При ночном энурезе гипноз может помочь там, где оказались безуспешными такие традиционные методы, как будильники и прокладки. Хотя гипнотерапия не обещает лучшего эффекта, преимущество ее состоит в том, что ребенок чувствует себя ответственным за собственное лечение. Цель лечения в данном случае совпадает с сигналом тревоги: надо заставить ребенка проснуться, когда наполняется его мочевого пузыря.

Гипнотерапия в работе с детьми

303

Полезна дидактическая сессия, 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 останется 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 (Karle and Boys, 1987). Здесь также важен самогипноз, он может быть подкреплен аудиозаписью. Положительные ощущения, полученные в результате лечения, должны превосходить любую вторичную выгоду от привычки. (Karle and Boys, 1987). Наконец, важно, чтобы ребенок осознал преимущество быть сухим, в отличие от неприятного состояния оставаться мокрым.

Подтвержденных контролем испытаний, в которых гипнотерапия сравнивалась бы с другими методами лечения ночного энуреза, не существует, однако клинически подтверждается, что она действует настолько же хорошо, насколько и традиционные методы. Олнесс (Olness, 1975) сообщил о лечении самогипнозом ночного энуреза у 40 детей в возрасте от 4 до 16 лет. В качестве индукционной применялась техника с монеткой, после чего ребенка инструктировали проснуться, как только ему захочется в туалет. За детьми наблюдали от шести до двадцати восьми месяцев. Из 40 детей 31 ребенок выздоровел, состояние 6 улучшилось, а у 3 все осталось по-прежнему. Из 31 выздоровевшего 28 поправились в первый же месяц лечения. Полученные данные аналогичны тем, что были представлены после традиционного лечения.

Помимо перечисленного, гипнотерапию можно использовать при лечении пристрастия к химическим растворителям. В Соединенном Королевстве О'Коннор (O'Connor, 1982) изучал сравнительную эффективность гипнотерапии и традиционного консультирования без нее. Соответственно было две группы по шесть подростков в каждой, все подростки были закоренелыми токсикоманами с устойчивостью к другим формам терапии в анамнезе, но в то же время с мотивацией избавиться от пагубной привычки. В течение пяти сессий были даны прямые

304

Глава 10

суггестии постепенного отказа от растворителей с акцентом на позитивное расслабление. Начальное исследование показало, что в экспериментальной группе все 6 прекратили посещать клинику и оставались здоровыми к моменту контроля через 15 месяцев. Два человека из контрольной группы перестали нюхать клей по истечении пятинедельного экспериментального периода, 3 стали заниматься этим реже и 1 не изменился совсем. Был сделан вывод, что гипнотерапия является эффективным дополнительным средством лечения. Однако чтобы оценить действенность гипнотерапии в лечении этого контингента больных, необходимы более широкие

исследования с более длительным последующим наблюдением.

Кожные заболевания

Гипнотерапия может быть полезным дополнением к лечению экземы, особенно для уменьшения зуда, расчесов и дискомфорта. В этом случае полезны как воображаемые прохлада и влажность, так и релаксация с ощущением способности ею управлять. Маленьким детям могут помочь волшебные фантазии (Callow, 1988), которые можно облечь в форму рассказа или образа. Карле и Бойз (Karle and Boys, 1987) лечили 4-летнюю девочку, страдавшую тяжелой экземой, которая развилась через неделю после рождения. С первых же недель жизни она постоянно получала медикаментозную терапию (корти-костероиды, антибиотики и седативные препараты). Несмотря на это, она продолжала чесаться и испытывать дискомфорт, а сон ее был нарушен. Девочка согласилась научиться способу, которым можно унять зуд. Ее попросили представить большой красный воздушный шар, привязанный к ее руке и уносящий ее в сказочную страну, где ее встречает особый сказочный котенок. Девочку провожают на лесную поляну, где она видит волшебный пруд, вода из которого исцелит ее кожу. Зудящую кожу обмывала прохладная, свежая вода до тех пор, пока зуд не прекратился. Когда девочка начинала чувствовать себя хорошо, она вплывала обратно в комнату и открывала глаза. Ей вручили волшебный ключ (итальянскую монетку) для самогипноза, так что она могла «отправиться в сказочную страну к волшебному пруду» в любой момент, как только пожелает. Кроме того,

Гипнотерапия в работе с детьми 305

на второй и третьей сессии внушалось, что пруд научил ее руку кое-какому волшебству, и девочка теперь могла смягчать зуд днем, когда не могла «отправиться в сказочную страну». Таким образом был достигнут значительный прогресс. Все лекарства отменили, за исключением эмульгирующего масла, которое добавляли в ванночку. Девочка перестала чесаться, а если появлялся зуд, пользовалась своей «волшебной водой».

Соколь и др. (Sokel et al., 1990) описывает случай 7-летней девочки с тяжелой формой атопической экземы, которая усиливалась в жаркую, влажную погоду. Она любила ясные, солнечные и прохладные дни, а также волшебные истории. Поел индукции фиксации глаз при помощи монеты был вызван образ сада с десятью ступенями, ведущими вниз, в другой сад с дверью в стене, за которой находилось особое волшебное место, где девочка участвовала в приключении, снижавшем ее зуд. Она обнаруживала себя в обществе героев из фильма про Мэри Поппинс, в красивом зимнем лесу со снегом и соснами. Мэри Поппинс приводит ее к Королеве Сосне; после заклинания с ветвей падает волшебный снег, и девочку просят погрузить в него руки и нанести его на пораженные участки кожи, чтобы добиться облегчения. Были даны специальные суггестии для того, чтобы сделать его длительным, а также для самогипноза. История отлично помогала, особенно перед сном.

Поисковые разработки

В результате недавних американских исследований была подтверждена способность детей контролировать те физиологические процессы, которые считались исключительно вегетативными. Этот сознательный контроль легче удается детям, нежели взрослым (Olness, 1986). В данном разделе речь пойдет об исследованиях, ведущихся в этом направлении.

Опыт показывает, что дети могут контролировать периферическое кровообращение, потенциалы, вызванные посредством слуха, чрезкожное поступление кислорода, расширение бронхов, сокращение сфинктеров и сердечный ритм (Olness, 1986). Эту способность можно использовать в клинических условиях при лечении различных расстройств, таких как астма и наруше-

306

Глава 10

ние функций тазовых органов. Она требует дальнейшего изучения и представляет большое значение как для диагностики, так и для терапии. Хотя конкретный механизм произвольного контроля над вегетативными реакциями у взрослых и детей до сих пор не установлен, результаты, полученные на сегодняшний день, весьма обнадеживают. Дикель и Олнесс (Dike] and Olness, 1980) сообщили об обследовании 48 детей в возрасте от 5 до 15 лет, у которых оценивалась способность повышать и понижать температуру указательного пальца с помощью либо самогипноза, либо биологической обратной связи, либо их сочетания. Успешное нагревание и охлаждение было достигнуто во всех группах. Даже с позиций возраста и пола существенного различия между группами не было. Интересно наблюдение авторов, согласно которому дети в группе биологической обратной связи спонтанно прибегали к тем же образам, что вызывались самогипнозом. Результаты демонстрируют возможность лечения таких состояний, как бородавки,

мигренозные головные боли, серпоклеточная анемия и синдром Рейно.

Олнесс и др. (Olness et al., 1987) сравнивал эффективность самогипноза и пропранолола в лечении юношеской мигрени у 28 детей в возрасте от 6 до 12 лет. Исследование, рассчитанное на перспективу, проводилось двойным слепым методом с использованием плацебо и с единичным перекрестным сравнением. Детей произвольно распределили по группам пропранолола и плацебо и перемещали из группы в группу в течение трех месяцев. Средняя частота случаев головных болей составила 13,3 раза за три месяца в период плацебо, 14,9 раза в период пропранолола и 5,8 раза в период самогипноза. Авторы выявили существенную связь между самогипнозом и снижением частоты головных болей. Самогипноз практиковался два раза в день ежедневно. Были организованы три посещения клиники, во время которых проводились стандартная прогрессирующая релаксация, приятное фантазирование с использованием образов, отобранных ребенком, регулирование боли методом, который выбирал ребенок, и упражнения по контролю над болью с применением анестезии кисти.

Олнесс и Конрой (Olness and Conroy, 1985) изучали способность детей произвольно изменять содержание кислорода

Гипнотерапия в работе с детьми

307

в тканях, а также сравнительную способность к этому тех, кто владел самогипнозом, и тех, кто им не владел. Они обследовали 11 детей в возрасте от 7 до 17 лет, 8 из которых были в прошлом обучены самогипнозу. Дети прослушивали запись, описывавшую функции кислорода и его поступление в кожу; после стабилизации им предлагали повысить содержание кислорода. Запись гипнотической индукции они прослушивали с закрытыми глазами; 9 детей оказались способны значительно повысить уровень кислорода, из них 8 в прошлом обучались самогипнозу.

Олнесс и др. (Olness et al., 1989) провели первое исследование детского управления иммунным ответом. Они обнаружили, что с помощью самогипноза и соответствующих суггестии дети могут значительно повышать концентрацию иммуноглобулина А в слюне. Пятьдесят семь детей были произвольно распределены по трем группам: группа самогипноза, где дети сами определяли характер инструкций для повышения уровня защитных веществ в слюне; группа самогипноза со специальными инструкциями и контрольная группа, которой отводилось то же время, но никаких инструкций не давалось. Оценка производилась на основе СКТГД (см. выше). Те, кому давали специальные инструкции для воздействия на уровень иммуноглобулина А в слюне, показали значительное его повышение. Между показателями СКТГД и изменениями концентрации иммуноглобулина не было установлено никакой связи. Авторы сделали вывод, что детские творческие и мыслительные процессы сыграли большую роль, нежели чувствительность к гипнозу.

Будущие направления

Гипнотерапию в работе с детьми практикуют все больше британских психологов, хотя они по-прежнему остаются в меньшинстве. Из публикаций видно, что по сравнению с их американскими коллегами лишь очень немногие заняты систематическими эмпирическими исследованиями в этой области. Делались высказывания насчет культурных различий в подходах к печатным публикациям (Benson,

308

Глава 10

19846). Каздин (Kazdin, 1988) говорит об отсутствии прогресса в научных изысканиях в области детской психотерапии в целом и в разработке эффективных методов лечения детей в частности. Поскольку в последние годы возрос интерес к детской гипнотерапии, стало ясно, что требуются дальнейшие научные изыскания для оценки групповых результатов при различных терапевтических подходах. Литература по детскому гипнозу содержит много описаний единичных случаев и случайных сообщений; тенденция, однако, такова, что публикуется все больше сообщений о серийных наблюдениях результатов, подтвержденных контрольными данными. Клиницист часто обращается к литературе в поисках эффективной детской терапии. Исследование, таким образом, становится важнейшим центральным звеном в выборе эффективных средств лечения детей и подростков. Каздин (Kazdin, 1988) разбирает некоторые мифы и предположения, которые способны отвратить терапевтов от поиска, а именно: 1) что терапия слишком сложна, и поиск может ее либо исказить, либо чересчур упростить; 2) что исследование слишком трудно осуществить; 3) что терапия является искусством, не подлежащим сухому изучению, и 4) что каждая личность неповторима, и стандартизированное лечение не

является благоприятным. Другими объяснениями могут быть низкая приоритетность, приписываемая исследованию, или отсутствие интереса.

Кроме того, необходим пересмотр оценочных тестов. Хил-гард и ЛеБарон (Hilgard and LeBaron, 1984) предполагают, что требуется менее подробный тест, чем ТВДГ¹ (London 1963), и более подробный, чем СКТГД² (Morgan and Hilgard, 1973). Существующие тесты не распространяются, впрочем, на детей младшего возраста. Необходимы тесты для оценки чувствительности к гипнозу или «протогипноза» (см. выше) у до-

¹ Тест восприимчивости детей к гипнозу — Children's Hypnosis Susceptibility Scale (CHSS).

² Стэнфордский клинический тест гипноза для детей — Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children (SHCS).

Гипнотерапия в работе с детьми

309

школьников. Другую трудность представляют смещенные тесты. В нормативных исследованиях, основанных на СКТГД и ТВДГ, принимали участие лишь субъекты из среднего социально-экономического класса. Выборка должна включать в себя детей из различных социальных и культурных слоев. Также необходимо углубленное исследование коррелятов гипнотической чувствительности, включая такие факторы, как локус контроля, тревога и самооценка. Кроме того, нужно уточнить роль включенности детей в фантазирование и ее связь с гипнабельностью. Поскольку дети по-разному реагируют на различные процедуры индукции, возможно, что так же они отзываются и на различные гипнотерапевтические суггестии. Некоторым могут лучше помогать прямые, а другим — непрямые суггестии. Предстоит проделать еще много работы, чтобы выяснить, каким детям различные методы помогают оптимальным образом. Так, например, Бенсон (Benson, 1984a, 1988) обнаружила, что ущербные дети и подростки, отличающиеся недоверчивостью и подозрительностью, хорошо реагируют на непрямые методы воздействия.

Детская гипнотерапия может быть мощным инструментом, способным улучшить почти любое терапевтическое вмешательство. Это особенно хорошо видно в сфере лечения болевых состояний. В Великобритании не принято использовать в педиатрии гипнотические методы, а в некоторых центрах от них фактически отговаривают (Karle and Boys, 1987). Но по мере приближения клинической психологии к модели психологии здоровья мы можем видеть более частое применение гипнотерапии в решении педиатрических проблем, в детской хирургии и при работе с безнадежно больными детьми. Ценность гипнотерапии была продемонстрирована клинически и экспериментально. Мы вправе ожидать дальнейших исследований детской способности контролировать физиологические функции и ее использования, в частности, при угрожающих жизни состояниях. В Великобритании лишь незначительная часть психологов занимается изысканиями, подкрепленными данными контроля, и без критической оценки ценность гипноза и гипнотерапии в работе с детьми никогда не будет оценена по достоинству.

310

Глава 10

Литература

Ambrose, G. (1961) *Hypnotherapy with Children*, 2nd edn, London: Staples.

Benson, G. (1984a) Short-term hypnotherapy with delinquent and acting out adolescents, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 1:19-27.

Benson, G. (1984b) Comments on M. Gibson's review of the literature on hypnosis with children, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 1:43-45.

Benson, G. (1988) Hypnosis with difficult adolescents and children, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical Experimental and Forensic Practices*, London: Groom Helm.

Benson, G. (1989) Hypnosis as a therapeutic technique for use by school psychologists, *School Psychology International* 10: 113-119.

Callow, G. (1988) The use of storytelling in a case of childhood eczema, Paper presented at the *Fifth Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, London.

Crowley, R.J. and Mills, J. C (1985/6) The nature and construction of therapeutic metaphors for children, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 3: 69-76.

Dikel, W. and Oiness, K. (1980) Self-hypnosis, biofeedback, and voluntary peripheral temperature control in children, *Pediatrics* 66: 335-340.

Elkins, G. and Carter, B. (1981) Use of a science fiction-based imagery technique in child hypnosis, *American Journal of Clinical Hypnosis* 23:274-277.

Erickson, M. H. (1958) Pediatric hypnotherapy, *American Journal of Clinical Hypnosis* 1: 25-29.

- Erickson, M. H. and Rossi, E. L. (1979) *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*, New York: Irvington.
- Gardner, G. G. (1974) Hypnosis with children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 22: 20-38.
- Gardner, G. G. (1978) Hypnotherapy in the management of childhood habit disorders, *Journal of Pediatrics* 92: 838-840.
- Gardner, G. G. (1980) Hypnosis with children: selected readings, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 28:289-293.

Гипнотерапия в работе с детьми

311

- Gardner, G. G. and Oiness, K. (1981) *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*, New York: Grune & Stratton.
- Gibson, H. B. and Heap, M. (1990) *Hypnosis in Therapy*, London: Lawrence Erlbaum.
- Hilgard, J. R. (1970) *Personality and Hypnosis: A Study of Imaginative Involvement*, Chicago: University of Chicago Press.
- Hilgard, J. R. and LeBaron, S. (1984) *Hypnotherapy of Pain in Children with Cancer*, Los Altos, Calif.: William Kaufman.
- Houghton, D. M. (1988) Hypnosis with anxious school children, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Ioannou, C. (1988) Helping young children cope with blood tests following transplantation, Paper presented at the *Nineteenth European Conference on the Study of Psycho-Social Aspects of Children with Chronic Renal Failure*, Cardiff, August-September.
- Ioannou, C. (in preparation) Psychological assessment and intervention of acute pain in chronically ill children. Ph. D. thesis, University of Leicester.
- Jay, S. M., Elliott, C H., Ozolins, M., Olson, R. A. and Pruitt, S. D. (1985) Behavioural management of children's distress during painful medical procedures, *Behaviour Research and Therapy* 23: 513-520.
- Karle, H. W. A. and Boys J. H. (1987) *Hypnotherapy: A Practical Handbook*, London: Free Association Books.
- Kazdin, A. E. (1988) *Child Psychotherapy: Developing and Identifying Effective Treatments*, New York: Pergamon Press.
- Kohen, D. K., Oiness, K., Colwell, S. O. and Heimel, A. (1984) The use of relaxation-mental imagery (self hypnosis) in the management of 505 pediatric behavioural encounters, *Developmental and Behavioural Pediatrics* 5: 21-25.
- Kuttner, L., Bowman, M. and Teasdale, M. (1988) Psychological treatment of distress, pain and anxiety for young children with cancer, *Developmental and Behavioural Pediatrics* 9: 374-381.
- LeBaron, S., Zeitzer, L. and Fanurik, D. (1988) Imaginative involvement and hypnotizability in childhood, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 36: 284-295.
- Levine, E. S. (1980) Indirect suggestions through personalized fairy tales for treatment of childhood insomnia, *American Journal of Clinical Hypnosis* 23: 57-63.

312

Глава 10

- London, P. (1962) Hypnosis in children: an experimental approach *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 10: 79-91.
- London, P. (1963) *Children's Hypnotic Susceptibility Scale*, Palo Alto Calif.: Consulting Psychologists Press.
- London, P. and Cooper, L. (1969) Norms of hypnotic susceptibility in children, *Developmental Psychology* 1:113-24.
- Lozanov, G. (1978) *Suggestology and Outlines of Suggestopaedia*, London: Gordon & Breach.
- Macmillan, P. W. (1988) The use of hypnosis and suggestopaedia in children with learning problems, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Groom Helm.
- Morgan, A. H. and Hilgard, E. R. (1973) Age differences in susceptibility to hypnosis, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 21:78-85.
- Morgan, A. H. and Hilgard, J. R. (1979) Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children, *American Journal of Clinical Hypnosis* 21: 155-169.
- O'Connor, D. (1982) The use of suggestion techniques with adolescents in the treatment of glue sniffing and solvent abuse, *Human Toxicology* 1:313-20.
- Oiness, K. (1975) The use of self-hypnosis in the treatment of childhood nocturnal enuresis: a report on forty patients. *Clinical Pediatrics* 14:273-279.

- Olness, K. (1986) Hypnotherapy with children: new approach to solving common pediatric problems. *Postgraduate Medicine* 79: 95-105.
- Olness, K. and Conroy, M. M. (1985) A pilot study of voluntary control of transcutaneous P02 by children: a brief communication, *Pediatrics* 33:1-5.
- Olness, K., Culbert, T. and Uden, D. (1989) Self regulation of salivary immunoglobulin A by children. *Pediatrics* 83: 66-71.
- Olness, K., Macdonald, T. and Uden, D. L. (1987) Comparison of self-hypnosis and propranolol in the treatment of juvenile classic migraine, *Pediatrics* 79:593-597.
- Rutter, M. and Hersov, L. (eds) (1985) *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*, London: Blackwell Scientific Publications.
- Sokel, B., Lansdown, R. and Kent, A. (1990) The development of a hypnotherapy service for children, *Child Care, Health and Development* 16:227-233.
- Гипнотерапия в работе с детьми*
313
- Tilton, P. (1984) The hypnotic hero: a technique for hypnosis with children, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 32: 366-375.
- Wakeman, R.J. and Kaplan J. Z. (1978) An experimental study of hypnosis in painful burns, *American Journal of Clinical Hypnosis* 21: 3-12.
- Weitzenhoffer, A. M. (1959) A bibliography of hypnotism in pediatrics, *American Journal of Clinical Hypnosis* 2: 92-95.
- Zeitzer, L. and LeBaron, S. (1986) The hypnotic treatment of children in pain, *Advances in Developmental Pediatrics* 7: 197-234.

11

Хельмут В. А. Карле

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Введение

Более пятидесяти лет назад Хилэр Беллок написал стихотворение, которое назвал «Микроб». Оно завершалось словами, которые сегодня звучат так же, как и тогда, и столь же остро задевают предмет данной книги, сколь и свою первоначальную мишень:

...Ученые, обязанные знать, уверяют нас, что это — так. Давайте же никогда, никогда не сомневаться в том, в чем никто не уверен.

Из предыдущих глав этой книги новые читатели увидят, а старые вновь вспомнят о неуверенном, противоречивом и, временами конфликтном отношении к природе и даже к самому существованию гипноза. Современникам Месмера и даже молодого Фрейда было гораздо проще обдумывать этические аспекты того, что представлялось им четко определенным феноменом — техникой и процессом, нежели нам, в свете более полной информации и смятения, которое она произвела.

В том случае, если, как полагают некоторые видные исследователи, гипноз есть не более чем ролевая игра, сознательное

Профессиональные и этические вопросы

315

следование инструкции, реакция на социальное давление или некий иной, совершенно обычный и повседневный вариант поведения, то его этические аспекты или проблемы практически не подлежат обсуждению. Если же, однако, по своей природе гипнотические техники действительно являются мощными средствами воздействия на поведение (как заявляют другие, не менее выдающиеся деятели), то вопросы, которые необходимо решить, существуют.

Исходя из целей дискуссии, я допущу, что гипноз, гипнотические техники и гипнотические феномены обладают свойствами, которые отличают их от «обычных» или «нормальных» состояний, переживаний, поведения и процессов бодрствования. Кроме того, я ограничу это обсуждение клинической сферой и подготовкой к клиническому применению гипноза. С этой точки зрения я приму как данность то, что сам по себе гипноз является не лечением, но средством, с помощью которого лечение может быть осуществлено или опосредовано. Я разделю свою работу на две части: в первой будут рассмотрены проблемы опасности гипноза при его неграмотном использовании, неправильном и вредоносном применении гипнотических техник в той или иной форме лечения, а в другой — вопросы ответственности перед обществом.

Опасности гипноза

Если обратиться к *Cumulated Index Medicus*, можно встретить там очень небольшое количество

публикаций по этическим вопросам, проблемам и взглядам, существующим в этой области применения гипноза. Лишь немногие касаются возможных опасностей или разрушительного эффекта, сопутствующих или следующих за применением гипноза в определенных ситуациях (например, Kleinhautz and Eli, 1984, 1987; Judd et al., 1985, 1986; Milne, 1986; Habermann, 1987; Mott, 1987). В этих статьях представлены пять случаев, в которых гипнотическое вмешательство явно привело к серьезному ущербу для больных, а еще в шести — к неблагоприятным реакциям отнеслись с известной беспечностью (например, при завершении гипноза или устранении суггестированных явле-

316

Глава 11

ний). Обзор литературы, предпринятый этими авторами, представляет еще более многочисленные случаи вреда, принесенного гипнотически опосредованным лечением, а также эпизоды (большей частью анекдотичные и подчас сомнительной достоверности) нежелательного последствия «сценического гипнотизма». Кроме того, Уоксман (Waxman, 1988) сообщает о многих случаях участия в «сценическом гипнозе» — то есть в гипнотических мероприятиях и демонстрациях в театрах и других подобных местах, — которые сопровождались нежелательным и даже опасным эффектом. Свидетельства, представленные этими авторами, показывают, что гипнотические техники могут иметь опасные осложнения, и что в некоторой форме необходимо осуществлять контроль над применением таких техник так же, как при проведении медикаментозных и хирургических вмешательств.

Британская медицинская ассоциация (БМА)¹ дважды предпринимала шаги для выяснения реального положения дел и способов применения гипноза в медицине, а также характера общественного контроля, который был бы желателен при использовании таких техник. Результатом стала публикация двух отчетов (БМА, 1892, 1955), где сообщалось, что гипноз обладает реальным эффектом и является медицинской процедурой. Первый отчет, основывавшийся не только на литературе того времени, но и на экспериментах, осуществленных лично членами Комиссии, признавал объективную реальность гипнотических явлений и утверждал, что они имеют мощный терапевтический потенциал. Отчет завершался рекомендацией ограничить практику гипноза «людьми медицины». Второй отчет, построенный в основном на данных литературы и свидетельствах, представленных многими специалистами, предполагал, что использование гипноза следует ограничить кругом «лиц, поставивших подпись под официальным этическим кодексом, который регулирует отношения между врачом и пациентом». Однако далее прибавлялось, что «этим не должно ограничиваться применение гипноза психологами, прошедшими соответствующую подготовку, или средним медицинским

¹ British Medical Association (BMA).

Профессиональные и этические вопросы

317

персоналом, уровнем знаний которого специалист удовлетворен лично и который сможет под контролем врача проводить лечение больных, отобранных врачом» (БМА, 1955).

Короче говоря, комиссии, образованные БМА для рассмотрения гипноза как лечебного средства и подготовившие данные отчеты, с уверенностью заявили, что гипноз оказывает реальное действие и что в интересах общественности следует установить некий формальный контроль над применением подобных техник.

Международное общество гипноза (МОГ)¹ и каждое из входящих в него обществ-членов провозгласили «Этический кодекс». Материалы дискуссии, приведшей к принятию «Кодекса» Британским обществом экспериментального и клинического гипноза, и комментарии к «Кодексу» МОГ были опубликованы в Бюллетене данного Общества (BSECH, 1982). Членство в БОЭКГ возможно лишь при условии, что кандидаты официально подтвердят приверженность этому «Кодексу». Другие общества, входящие в состав МОГ располагают аналогичными кодексами и правилами.

Несколько лет тому назад я написал две статьи, посвященные потенциальной угрозе для общества, которую представляет гипнотическое лечение, предлагаемое людьми, не имеющими квалификации в какой-либо официальной клинической специальности — лечебном деле, стоматологии, клинической психологии и так далее. Эти статьи были разосланы организациям и частным лицам, заинтересованным в данном вопросе: БМА, Британскому обществу врачебного и стоматологического гипноза (БОВСГ)², БОЭКГ, Британскому психологическому обществу (БПО), Министерству здравоохранения, различным членам парламента, проявившим интерес к

рассматриваемому вопросу, Ассоциации потребителей и различным выдающимся деятелям. Кроме того, они были направлены в основные газеты. Ответ — в тех случаях, когда он был получен (за исключением БОЭКГ и БОВСГ, которые имели позитивную заинтересованность) — приходил в одной из двух форм:

¹ International Society of Hypnosis (ISH).

² British Society of Experimental and Clinical Hypnosis (BSECH).

318

это были либо требования, чтобы я представил подробные свидетельства людей, пострадавших от рук «гипнотерапевтов», и лишь тогда к этой теме будет проявлен интерес, либо обвинения (иногда завуалированные, а иногда открытые) в том, что официальное или юридическое упорядочивание гипнотической практики вызовет у психологов и врачей желание образовать «закрытую лавочку» для извлечения личной выгоды.

Несколькими годами раньше доктор Дэвид Уоксман предпринял похожие усилия, которые в равной степени свелись на нет заявлением Министерства внутренних дел, согласно которому на действия «гипнотерапевтов» не поступало никаких жалоб, — заявлением, не изменившимся под давлением данных, представленных далеко не благополучными судебными разбирательствами.

Таким образом, складывается впечатление, что, невзирая на опубликованные свидетельства и мнения представителей официальных профессий, практикующих гипноз, а также самой БМА, правительство не видит здесь никакой проблемы, равно как и опасностей для общества, проистекающих из отсутствия регулирующих правил.

Ситуация в других государствах значительно варьирует. В Австралии, например, отмечено, что в Новом Южном Уэльсе нет официального оформления гипнотической практики, в то время как в Тасмании, Южном Австралийском Штате и Западной Австралии существует очень жесткий контроль со стороны медицинского законодательства (Australia, Psychological Practices Act, 1973-75).

От всех прочих австралийских штатов отличается Квинсленд. Там, в противоположность штатам, где практика гипноза разрешена лишь дипломированным психологам, врачам и дантистам, современному законодательством предусмотрена выдача лицензии на гипнотическую практику и другим лицам, которые должным образом зарегистрированы. Подобная регистрация зависит от положительного рассмотрения заявки, поданной в Совет психологов штата либо на основании опыта успешной практики и подтверждения «доброе имени» заявителя, либо в результате широкого обобщения, содержащегося во фразе: «одобрен Советом как лицо, уполномоченное практико-

Профессиональные и этические вопросы

319

вать гипноз в лечебных целях» (Australia, 1977). Усилия Австралийского общества гипноза, направленные на закрепление в законодательстве этого штата больших ограничений, на протяжении ряда лет успешно блокировались небольшой, но явно влиятельной группой «светских гипнотерапевтов»^b.

Подобные крайности в мире можно найти повсеместно: от полного отсутствия законодательной базы до строгого и жесткого ограничения гипнотической практики деятельностью дипломированных врачей, дантистов и психологов.

В клинических целях гипноз применяется (при лечении различных расстройств, страданий, функциональных нарушений и патологии) представителями практически всех специальностей. При беглом просмотре «Руководства по гипнозу и психосоматической медицине» (*Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*) (Burrows and Dennerstein, 1980) встречаются упоминания практически обо всех человеческих недугах и медицинских вмешательствах, и почти такую же картину представит любое современное издание, касающееся клинического применения гипноза. Остается лишь заподозрить всех выдающихся авторов последнего столетия, писавших на данную тему, в заблуждении или обмане, когда они утверждают, что гипнотические техники способны существенно влиять на все физические аспекты человеческого функционирования, от артерий до внутренних органов, и в той же степени — на психические процессы.

Если гипноз может оказывать лечебное воздействие на перечисленные функции, то он способен делать это и патогенным образом. А если это так, то он потенциально опасен. Аналогичный довод справедлив, разумеется, и в отношении других терапевтических моделей и техник. Например, в аллопатической медицине замечено, что любое лекарство, если назначено в правильной дозе, оказывает лечебное воздействие, при передозировке или ином неправильном назначении окажется

вредным. То же самое касается других методов лечения. Например, методы, связанные с различными манипуляциями, такие как хиропрактика и остеопатия, могут нанести вред в той же степени, в какой они оказывают лечебное действие. Гомеопатия или лечение травами, вызывающие физиологические изменения,

320

также могут быть как полезными, так и вредными. Если что-то вообще влияет на физическое или психологическое функционирование, то эффект может быть как благоприятным, так и пагубным.

Если это не вызывает возражений, то — неважно, о чем идет речь, о гипнозе или о травах — двоякая возможность проявляется, по меньшей мере, в трех формах. Во-первых, в случае неправильного лечения; во-вторых, если лечение проводится неумело; в третьих, если оно осуществляется с преступным намерением⁰.

Неправильное применение

Неправильное применение гипноза или, иными словами, ошибочное лечение, обычно происходит из-за неспособности поставить диагноз или из-за ошибочного диагноза. Например, к любому лицу, практикующему в процессе лечения гипнотические техники, часто обращаются пациенты, страдающие хроническими болями. У многих таких больных легко удается добиться снижения боли или повышения болевого порога (см. главу 8). При этом существует возможность того, что больной научится сглаживать проявления болезни. Это может быть опасным, если болезнь прогрессирует и угрожает жизни, но отсутствие боли не побуждает пациента к постановке правильного диагноза и назначению адекватного лечения до тех пор, пока характер заболевания не утяжелится, возможно, даже слишком, чтобы быть излеченным. Если боль, к примеру, вызвана невыявленной карциномой, то снижение ее посредством гипноза является неправильной тактикой. Джадд и др. (Judd et al., 1985), цитируя Розе-на (Rosen, 1960), указывают, что иногда тяжелая депрессия маскируется под физическую боль. В подобных случаях гипнотическое лечение «может всколыхнуть тяжелую депрессию или привести к суицидной попытке».

Похожим образом индивид, который жалуется на навязчивое пережевывание мыслей, иногда стремится скрыть эти мысли, после чего возможно развитие психоза (см. также Kleinhautz and Eli, 1987, p. 156). В таких случаях, какая бы гипнотическая техника ни использовалась, лечение будет неправильным.

Профессиональные и этические вопросы

321

Данным утверждением мы хотим еще раз подчеркнуть жизненную необходимость установления правильного диагноза перед тем, как будет выбрано и осуществлено лечение. Этот принцип приложим к любой и каждой форме лечения — традиционного, нетрадиционного или психологического.

Этические кодексы всех обществ гипноза, которые требуют от своих членов квалификации соответственно в той или иной профессиональной сфере¹, а также, как показывает действительность, кодексы некоторых независимых групп вне рамок этих профессий справедливо настаивают на том, чтобы специалисты не применяли гипнотические техники в решении вопросов, выходящих за рамки их профессиональной компетенции, если только таковые не практикуются с согласия или под супервизией лица, достаточно сведущего в лечении того или иного заболевания.

Таким образом, клинический психолог, например, не будет заниматься лечением боли до тех пор, пока врач не разделит с ним ответственность, одоблив это лечение в каждом конкретном случае. Время от времени, однако, выясняется, что такое ограничение не является необходимым в случае, когда лечение гипнозом проводит врач или дантист, чей диплом обычно подразумевает владение любыми методами лечения. Следовательно, можно рассчитывать, что акушер не будет пытаться лечить депрессию с помощью того, что Хартланд (Hartland, 1971) называет «раскрывающими техниками», «эго-терапии» Эдельштейна (Edelstein, 1981), идеомоторных исследовательских подходов Росси и Чика (Rossi and Cheek, 1988) или какой-либо другой фундаментальной психологической техники, хотя примеры этого найти нетрудно".

Можно утверждать, что пребывание в рамках компетенции чьей-либо специальности гарантирует компетентную диагностику или, возможно, что специалист компетентен в диагностике только в пределах своей специальности. Из этого следует, что как для гипнотических техник, так и для иных методов терапии подобное ограничение гарантирует невозможность назначения неправильного лечения там, где речь не идет о простой человеческой ошибке. Точно так же в случае, если лечение выходит за эти рамки (когда, например, клинический пси-

11 М. Хип

322

холог лечит соматическое расстройство), то оно может считаться правильным и действительно «безопасным» лишь тогда, когда диагноз был поставлен компетентным специалистом и тем же лицом был назначен гипноз с последующим его же наблюдением за прогрессом.

Печальным, но непреложным фактом оказывается недостаточное владение гипнотическими техниками у представителей традиционной медицины, и нередко случается так, что диагноз меняется по мере проведения лечения и поступления новых данных. Для гарантированно правильного лечения важен не только первичный диагноз, но и постоянный мониторинг в сочетании с достаточными знаниями и навыками во избежание врачебной ошибки.

Врачи общего профиля и узкие специалисты обычно ставят в известность психологов о невозможности постановки точного диагноза, на основании чего делается вывод, что в данном случае отсутствует какая бы то ни было соматическая патология. Это может быть оправданным в случаях, подобных, например, тем, что были отмечены Розеном (Rosen, 1960), когда боль оказывалась лишь внешним симптомом, за которым скрывалась тяжелая депрессия. Однако отсутствие точного диагноза еще не означает, что диагностировать нечего: это показывает лишь то, что для диагностики состояние больного еще не вполне ясно, не до конца проявилось или же замаскировано иными факторами; в других случаях возможно, что предпринятые исследования были неадекватными, недостаточными или некачественно выполненными. «Бессильный» диагноз типа «здесь дело в психологии» не является адекватным. Подобный диагноз, если он претендует на осмысленность и надежность, должен быть точным: состояние должно быть идентифицировано в «психологическом» контексте, и «психология» *tout court* так просто здесь не годится.

Какова бы ни была причина отсутствия точного диагноза, важно, чтобы больной, пока проводится лечение наличествующих симптомов, находился под наблюдением соответствующего специалиста.

Из всего сказанного следует, что если гипнотически опосредованное лечение определенного состояния, выходящего за

Профессиональные и этические вопросы

323

рамки профессиональной компетенции терапевта, истребовано или одобрено грамотным специалистом, то последний участвует в лечении на протяжении всего курса и после его завершения.

Я считаю, что в этом пункте не может быть никаких возражений по существу, независимо от предмета нашего вмешательства — гипертензии или истерии, депрессии или дисменореи, абдоминальных болей или тревоги. Следует ожидать, что приверженность своим профессиональным этическим кодексам воспрепятствует сознательным представителям любой медицинской специальности преступать положенные им границы. Здесь стоит отметить, что ряд «независимых» гипнотерапевтических институтов, колледжей и обществ, которые размножились в последнее десятилетие или около того, налагает на своих членов ограничения, подчеркивая, что лечение любых расстройств возможно лишь с согласия врача пациента.

Неправильное проведение лечения

Этот вопрос более сложен. Даже если специалист, практикующий гипноз, поставил или получил из уст врача правильный диагноз и выбрал адекватную стратегию лечения, реакция больного может оказаться такого рода, что справиться с ней будет не в компетенции терапевта. Например, когда пациента, страдающего соматическим или психосоматическим расстройством, готовят к применению гипнотической техники, призванной повысить переносимость симптома, иногда случается, что у больного наступает мощная, порою бурная, эмоциональная реакция. Этот феномен описан в бесчисленном количестве публикаций, появившихся за последние четыре или более десятилетия (см. Kleinhautz and Eli, 1984; 1987, Judd et al, 1985, 1986; Milne, 1986; и многочисленные работы, на которые ссылаются эти авторы).

Подобное явление может происходить из-за того, что пациент восстанавливает в памяти прошлое травматичное переживание и затем развивает абреакцию. Неопытные практики или те из них, кто не прошел должную подготовку по вопросам гипнотерапии, склонны в таких случаях терять почву под ногами и не могут справиться с ситуацией так, чтобы заставить боль-

324

Глава 11

ного пережить это состояние без дальнейшего ущерба или даже серьезного вреда.

Гипнотические процедуры, а иногда и просто вхождение в гипноз, способны вызвать многие неожиданные реакции, которые могут быть не распознаны или находиться вне компетенции терапевта. У одного больного, с которым я некоторое время работал, развилось апноэ (невозможность вдохнуть) во время первого погружения в гипнотическое состояние, и так происходило на каждой последующей сессии в той же самой точке индукции до тех пор, пока мы не смогли выявить и проработать бессознательную тревогу, порождавшую эту реакцию. Делались сообщения и о более серьезных случаях' остановки дыхания при гипнотической релаксации во время лечения отдельных случаев астмы (см. главу 8).

Большие трудности вызывают также некоторые реакции психологического и психиатрического толка. Проявление второй личности там, где был не распознан и, возможно, даже не подозревался синдром ее раздвоения, способно привести в глубокое замешательство любого, кто не имеет опыта лечения и управления подобным состоянием. Неуверенность, нерешительность или неудача в распознавании явления терапевтом могут сильно навредить пациенту и представлять для него серьезную опасность.

Бурная абреакция, особенно при ее развитии в состоянии глубокой регрессии, требует от терапевта уверенных и грамотных действий, если он не хочет, чтобы больной по окончании сессии остался угнетенным и расстроенным.

Где же, в таком случае, если говорить о диагностике и управлении неожиданными реакциями, оказывается выпускник каких-нибудь подготовительных курсов, проводящихся вне всякого контакта с любыми официальными медицинскими дисциплинами? В целом у таких лиц не будет ни медицинской подготовки, ни основополагающих знаний клинической психологии или какой-либо иной соответствующей дисциплины и академической базы, равно как и тактики действий при сложных и бурных психологических реакциях. Тот факт, что все сказанное верно в отношении травников, многих остеопатов и множества других приверженцев «природных» целительных

Профессиональные и этические вопросы

325

1 методов, не делает проблему ни менее актуальной, ни проще решаемой.

Любой, кто практикует гипноз, обязательно должен, независимо от его целей или наличия супервизии или поддержки, пройти подготовку в распознавании, идентификации и управ-лении весьма широким спектром возможных реакций и состо-яний. Без этой страховки пациентам или клиентам, подверга-ющимся гипнотическому лечению, может быть нанесен значи-тельный вред.

Преступное намерение

Теперь давайте рассмотрим тему, которую я выше обозначил как преступное намерение. Оно может быть свой-

ственно не только «гипнотерапевтам», но и работникам традиционной или нетрадиционной медицины, и при этом лишено специфики, связывающей его с практикой именно гипноза. Врачи любой специализации находятся в выгодном положе-

нии, оставаясь с глазу на глаз с пациентами или клиентами. Пациенты — даже те из них, кто задает вопросы, сомневается или активно сопротивляется — в силу самого факта обращения за помощью оказываются более внушаемыми, чем в других ситуациях, и в той или иной степени ставят себя в подчиненное положение. Эти факторы могут — а иногда так и происходит вдей-ствительности — эксплуатироваться представителями различных специальностей или практикующими лицами, не имеющих никакого отношения к медицине.

Некоторые особенности гипнотического состояния (при всем уважении к противоположной точке зрения, ставящей под сомнение истинность этой концепции), такие как глубокая релаксация, временная не критичность реальности, регрессия в развитии и оттого повышенная зависимость и подчинение авторитету, а также повышенная внушаемость, еще более усиливают открытость субъекта для вредных воздействий и эксплуатации. Интенсифицированный перенос, о котором, начиная с Брейера и Фрейда, сообщали авторитетные ученые, должен также рассматриваться как возрастание чувствительности субъекта к внушению и влиянию, а следовательно, и к нанесению вреда.

Это не выдумка. Подобный вред, нанесенный медиками и представителями других устоявшихся и признанных профессий, имеет долгую историю, и я думаю, что личный опыт моих клиентов, пострадавших от рук «гипнотерапевтов», не является уникальным. Полезно привести конкретный пример, хотя для соблюдения анонимности, некоторые подробности личного характера изменены⁸.

Клинический психолог из другой больницы направил ко мне 22-летнюю женщину. В течение шести месяцев она получала психотерапевтическое лечение у моего коллеги и, потеряв терпение из-за медленного, как ей казалось, прогресса, обратилась к частному практику, который рекламировал свои услуги гип-нотерапевта в местной газете. Некоторое время спустя она пожаловалась моему коллеге, что подверглась сексуальным притязаниям со стороны «гипнотерапевта» и что тот сумел ее изнасиловать, когда она пребывала в беспомощном состоянии «под гипнозом».

Мой коллега интересовался моим мнением насчет того, могли ли гипнотические процедуры столь эффективно заблокировать рассудок и самосознание пациентки и может ли дальнейшее лечение гипнозом, проведенное под моим руководством, уменьшить нанесенный ущерб.

Проблемами, которые беспокоили пациентку, были тревога, чрезмерная застенчивость, трудности при установлении взаимоотношений и несколько депрессивное настроение. «Гипнотерапевт» согласился взяться за их решение, заявив, что на это потребуется десять сессий. По тому, как пациентка описала начальные лечебные мероприятия, они выглядели вполне оправданными действиями, направленными на снижение тревоги. Однако после нескольких первых сессий «гипнотерапевт» приурочил визиты пациентки к концу рабочего дня, когда Центр естественного здоровья, в котором он работал, закрывался, и ввел в «лечение» физический контакт. По мере продолжения сессий этот контакт становился все более интимным, пока не приобрел наконец откровенно сексуальный характер.

По завершении одной из сессий, во время которой он снял с нее всю одежду, пациентка (так она рассказала) стала протестовать, чувствуя неладное, «Гипнотерапевт» объяснил ей, что по-

Профессиональные и этические вопросы 327

скольку ее тревога, застенчивость и сложность в формировании взаимоотношений проистекали из подавления сексуальности,

его лечение должно было адекватным образом освободить ее от скрытой причины. Это объяснение в ее изложении хорошо отвечало принципам реципрокного торможения (Wolpe, 1958), что бы ни думал я или кто-либо другой, о действиях «гипнотерапевта». Женщина по-прежнему оставалась смущенной и не была уверена в полезности этой процедуры, равно как и оставалась неудовлетворенной данными разъяснениями, однако все же явилась на следующий прием, во время которого «гипнотерапевт» совершил полноценный половой акт.

Только после этого женщина рассказала клиническому психологу о своих визитах к «гипнотерапевту» и о том, что там произошло. В любом случае, она была весьма незрелой, наивной, исполнительской и пассивной особой, так что покорность действиям «гипнотерапевта» можно было приписать ее психо-

динамическим процессам. Тем не менее было ясно, что сама она верила в свою неспособность к сопротивлению или даже протесту «под гипнозом», и ее уверенность обездвижила ее и помешала адекватно оценить обстановку. Она ничему не сопротивлялась и не протестовала до тех пор, пока ее не «привели в сознание» после случившегося. (Обсуждение возможности «гипнотического насилия» см. Milne, 1986.)

Если бы этот «гипнотерапевт» являлся подконтрольным представителем официальной профессии, а пациентка сумела доказать свои претензии в суде, то меры дисциплинарного характера были бы приняты автоматически. При любых обстоятельствах сексуальные домогательства в адрес пациента строжайше запрещены нормативами любой профессии, и в данном случае согласие или несогласие пациента не имеют значения: в соответствии с любым этическим кодексом его согласие не относится к делу и не является оправданием. Однако тот «гипнотерапевт», о котором идет речь, не числился во Врачебном Реестре, равно как и не представлял официально никакой иной профессии, и заявлял лишь о членстве в некоем так называемом Международном обществе. Если бы пациентка пожаловалась в это общество и подтвердила свои претензии, то оно непременно (если бы только существовало реально, а не на бумаге) исключило это лицо из своих рядов. Это событие вряд ли получило бы огласку и хоть сколько-то повлияло на деятельность злоумышленника.

Единственным выходом для женщины могло бы быть судебное разбирательство с вменением обидчику в вину либо насилия, либо нарушения «врачебного долга». В любом случае ее очевидное согласие на действия «гипнотерапевта», проявившееся в отсутствии с ее стороны протеста или сопротивления в процессе заявленного изнасилования, а также в ее готовности прийти на очередную сессию уже после того, как оно состоялось, даже после самого полового акта, стало бы серьезным препятствием при удовлетворении судебного иска.

Общественный контроль

У общества практически нет реальной защиты против ущерба со стороны всевозможных самозванных целителей за исключением случаев, когда пациенты, подвергнувшиеся насилию или неправильному лечению, упорно протестуют и отстаивают свои права, либо привлекая к делу свидетелей произошедшего или того, что последовало непосредственно после, либо предъявляя в качестве подтверждения претензий физические повреждения. В состоянии глубокого гипноза, после тщательной подготовки, в уединенном месте, где злонамеренный практик скорее себя обезопасит, а также при той повышенной зависимости, которую испытывает пациент, лишь очень немногие люди останутся способными протестовать и сопротивляться так, что это будет доказательным для суда, даже при их готовности предать случившееся огласке, включая попытки разыскать целителя. Им также придется столкнуться с риском того, что ответчик разгласит какие-либо сведения о них, либо достоверные, либо нет.

Кроме того, обычно люди, которые обращаются за гипнотическим лечением, по самому своему определению меньше всего способны к уверенности в себе и настойчивости; при этом они, подвергаясь лечению, склонны занимать подчиненную и зависимую позицию, тем самым гарантируя обвиняемому всю необходимую защиту.

Профессиональные и этические вопросы

329

Короче говоря, закон не гарантирует наиболее уязвимым слоям населения никакой защиты от подобных действий, а лица с большим самообладанием и настойчивостью могут получить некоторую помощь, но с огромными трудностями.

Если практик-индивидуал, подвизающийся в любой специальности, использует и травмирует клиента, то только соответствующий профессиональный орган, учрежденный законным образом, может требовать применения к нему каких-либо действенных санкций, предполагающих прекращение членства, лишение диплома или какой-либо формы аккредитации, которые на деле и в согласии с законом лишат обидчика права работы. В сфере клинического гипноза ни один из соответствующих органов не обладает должным статусом, а их этические кодексы не имеют реальной силы. Например, совершенной правдой является то, что нарушение каким-либо членом кодекса БОЭКГ может повлечь за собой прекращение его членства в этой организации, однако, помимо лишения его права посещать конференции, курсы и прочие собрания Общества, а также — формально — права именоваться членом БОЭКГ (и даже это будет нелегко осуществить на практике), подобная акция не будет иметь никаких реальных последствий. Нарушитель и в дальнейшем сможет продолжать свою деятельность без каких-либо ограничений, что невозможно, например, для врача, если он вычеркнут из Врачебного Реестра. Ни один из органов, имеющих отношение к делу, не располагает законным статусом, ни один не обладает реальной властью и ни один не является обязательным для членства в нем тех, кто практикует гипнотерапию.

Это упущение не ограничивается сферой гипноза. Понятия «психотерапия» и «психотерапевт» в настоящее время не имеют официального статуса и могут быть использованы любым, кто этого пожелает. Единственной формой официального контроля над деятельностью такого индивида является обычный закон выполнения «врачебного долга», а также коммерческое законодательство. Попытка доказать в суде, что самозванный целитель нарушил этот долг, возможно, будет иметь довольно неуклюжий и обескураживающий вид. Хотя за последние годы состоялись два успешных уголовных процесса, один из кото-

330

Глава 11

рых был направлен против врача, применявшего гипноз для вытягивания из больного крупных денежных сумм, а другой — против психотерапевта (вряд ли дипломированного), который обвинялся в изнасиловании с использованием гипноза.

Учредительная психотерапевтическая конференция — «Конференция Рагби» — проведенная в Соединенном Королевстве, давным-давно пришла к согласию в вопросе определения понятия «психотерапевт», но по-прежнему далека от официальной регистрации и получения достаточных законных прав.

Из всего сказанного следует, что безопасность общества от предосудительного или непрофессионального поведения некоторых «гипнотерапевтов», психотерапевтов, консультантов и прочих лиц, практикующих психологическую терапию (а также многие виды физикального лечения) требует определенного законодательного оформления и соответствующего разрешения заниматься указанным лечением лишь дипломированными специалистами. Для того чтобы такая

регистрация имела смысл, общество должно быть широко проинформировано о ее существовании и значимости. Исключение из реестра будет тогда реальной мерой наказания; особенно же важно то, что истцу не придется, как в случае уголовного дела, доказывать, что с его стороны не было договоренности или согласия на разрушительное, корыстное, непрофессиональное или предосудительное действие, ставшее предметом жалобы. Мотивы, действия и реакции потерпевшего не будут иметь отношения к вопросу виновности ответчика.

Мой опыт, которым я поделился, представляя эту проблему в соответствующих кругах, говорит, что к такому законодательному оформлению не будет проявлено интереса до тех пор, пока не будет представлено убедительного доказательства того, что пациентам действительно был нанесен вред. Все это подтверждает то, что если вопрос о предоставлении официального статуса будет рассматриваться всерьез, представителям официально существующих специальностей придется собрать и рассортировать свидетельства всех известных им случаев нанесенного ущерба и затем представить их на суд общественности.

Профессиональные и этические вопросы

331

Проблема определения

В этом месте мы можем обратиться к другой сложности: проблеме определения. «Что такое психотерапия?» — вот вопрос, которым задавались на Конференции Рагби. Точно так же можем спросить и мы: «Что такое гипноз?» Совершенно ясно, что даже среди специалистов, практикующих гипноз, не существует единого мнения по этому вопросу. Проблема еще больше осложнится тем, что, если мы будем считать гипноз состоянием или процессом¹¹, то обнаружим, что гипнотические состояния и процесс постоянно используются многими людьми в самых разных ситуациях без всякого открытого уведомления или даже понятия об этом.

Например, несколько лет тому назад ко мне обратился за консультацией профессиональный музыкант с проблемой, для решения которой я счел благоприятной гипнотическую релаксацию. По завершении его первой в жизни гипнотической сессии музыкант рассмеялся, сказав, что испытанные ощущения ему отлично знакомы в течение многих лет он имел обыкновение нарочно приводить себя перед выступлением в подобное состояние и фактически тому же учил своих учеников. Многие атлеты, спортсмены, актеры и другие люди, привыкшие выступать, обычно практикуют такие же упражнения перед выступлением.

В самом деле: любящая женщина, знакомая по антенатальному классу с гипнотическими техниками, применяемыми акушеркой, и знающая техники релаксации, используемые во время беременности и родов, укажет на гипнотические свойства соответствующих процессов. «Нервно-мышечная диссоциация» Эрны Райт (Wfright, 1979) является хорошим примером гипнотически опосредованного контроля над обычными автоматическими или непроизвольными физическими процессами, имеющими повсеместное распространение.

Как в таком случае следует действовать, если поставлена цель — официально контролировать практику гипноза? Сделать подконтрольными все гипнотические техники? Это выставит в свете специальных лечебных приемов и поставит с та-

332

Глава 11

ковыми в один ряд, во всех ситуациях и условиях, решительно все: «саморекламу» артистов, атлетов и спортсменов перед выступлением, акушерские, сестринские и физиотерапевтические техники релаксации. Подобные действия будут, разумеется, совершенно непрактичными, неуместными и даже абсурдными.

С другой стороны, можно попытаться ограничиться в контроле лишь теми видами деятельности, которые недвусмысленно подаются под именем «гипноза». Это ни к чему не приведет, поскольку те, кто захочет избежать контроля, могут использовать иные названия. «Месмерическое» лечение, «животный магнетизм», «суггестопедия» и многие другие термины не смогут ввести в заблуждение публику, однако окажутся вне досягаемости закона.

Британское психологическое общество решило еще одну проблему, родственную терминам «психология» и «психолог»: невозможность ограничить употребления слов, имеющих широкое хождение, вроде «контролер», «инспектор» и так далее; в данном случае речь идет о приставке «дипломированный». Существуют официальные нормы, ограничивающие использование звания «дипломированный психолог» лишь теми лицами, которые занесены в реестр БПО. Похоже, что Конференция Рагби собирается составить аналогичный список, и такое решение является единственным практическим способом установить общественный контроль над теми, кто

практикует гипноз.

Следовательно, мы могли бы разработать «Реестр гипно-терапевтов» (подобно тому, что утвержден в Квинсленде), с присвоением звания «дипломированного гипнотерапевта» лишь тем, чья квалификация удовлетворит официально утвержденный и подотчетный общественности орган. Любой индивид по-прежнему сможет предлагать свои услуги в качестве «гипнотерапевта», но только не «дипломированного» — до тех пор, пока не будет должным образом зарегистрирован контролирующим органом. Использование гипнотических техник будет все так же свободным и доступным для каждого, а определение гипноза и родственных ему явлений будет отложено. Однако я сомневаюсь, что дипломированные клинические психологи или практикующие гипноз врачи будут

Профессиональные и этические вопросы

333

стремиться приобрести это звание. Им и не понадобится это делать, если они будут зарегистрированы в «Реестре» или же автоматически, эксплицитно уполномочены применять гипнотические техники в силу своей первичной специализации и регистрации. Соответствующие профессиональные кодексы обязывают таких специалистов использовать в своей работе лишь те методы (гипнотические или иные), по которым они прошли подготовку и получили должную квалификацию. Было бы в высшей степени практично приравнять к занесению в «Гипнотический реестр» приобретение некоторых квалификаций, утвержденных общественностью, или пребывание в других «Реестрах» (например, во «Врачебном реестре», или в «Реестре БПО»), тем самым делая еще одно членство излишним.

Рекламирование подготовительных курсов

Обращаясь теперь к другой области общественной защиты и контроля, я начну с двух примеров умышленного обмана. Несколько лет тому назад в Бюллетене Британского психологического общества была размещена реклама курсов «Эриксоновского гипноза», гласившая, что рекламодатели гарантируют в этой сфере *«единственную законную в Европе подготовку»* (курсив мой). Я заявил протест в БПО, указав на мошеннический характер этой рекламы, и последующие объявления были уже более скромными.

Во второй раз мое внимание было привлечено рекламой, опубликованной в различных журналах, в которой предлагались услуги еще одного частного учебного заведения и говорилось, что его курсы по гипнозу и психотерапии были утверждены Муниципальным институтом. Проверив последнее и убедившись, что ничего подобного не было в помине, я направил жалобу в Отдел рекламных стандартов (ОРС), и из последующих объявлений эти слова были изъяты, хотя в печатных органах соответствующей организации они сохранились, по крайней мере, еще на какое-то время.

Общественность защищена от рекламных фальшивок в официальных рекламных изданиях, и влияние ОРС распространяется только на последние. Однако реклама вне газет, жур-

334

Глава 11

налов и афиш не контролируется никем. Можно спокойно, без всякого контроля и последствий распространять листовки или опросные листы, содержащие утверждения самого возмутительного толка. Подобные листовки рассылаются по почтовым ящикам во всех уголках страны; во многих из них содержатся утверждения, которые непрофессионал не в состоянии ни оценить, ни поставить под вопрос.

Все дело в том, что «гипнотерапевт», придерживающийся этических норм, независимо от того, является ли он представителем официальной врачебной специальности или нет, не станет выступать с ложными или преувеличенными заявлениями, тогда как практик, которого не сдерживают этические соображения, свободен обещать все, что сочтет для себя выгодным. То же самое, конечно, справедливо для любого предмета рыночных отношений, но если, вопреки заверениям продавца, оказывается неисправным новый пылесос, то сравнительно легко найти инстанцию, в которую можно пожаловаться, в то время как найти управу на лиц, обещавших и не обеспечивших эффективное лечение гипнозом, невозможно — идет ли речь, как видно по карточкам, выбранным наугад из моей картотеки, о лечении дуоденальной язвы или облысения. Достаточно только представить, как взлетят брови судьи, когда заявитель пожалуется ему на «гипнотерапевта», пообещавшего вылечить его язву или вырастить ему волосы.

Таким же образом трудно, если вообще возможно, проверить впечатляющие обещания как приличных, так и сомнительных самодельных «колледжей», «школ» и «институтов»,

предлагающих подготовку по гипнотерапии. Примером может служить заведение, обозначающее себя как «Международный институт», которое предлагает любому желающему вне зависимости от какого-либо предшествующего образования или профессиональной подготовки заочные шестимесячные подготовительные курсы по «гипноанализу», успешное окончание которых даст новоиспеченному «гипноаналитику» право добавлять к своей подписи цепочку из букв, подтверждающих его квалификацию, а также (после уплаты соответствующих сумм) другие, дополнительные буквы, указывающие на его членство в «Международном институте».

Профессиональные и этические вопросы

335

Объявления, которые дает индивид, организующий эти подготовительные курсы, безупречны. Каждое положение абсолютно правдиво и не подлежит сомнению. Выпускники таких курсов действительно квалифицируются достаточно (насколько это под силу каждому встречному), чтобы вести свою собственную практику в качестве «гипноаналитиков»; действительно могут прибавлять к своим именам предложенные буквы (поскольку те не повторяют официальных аббревиатур) и, конечно же, могут состоять в «институте», который, очевидно, существует лишь в воображении посредством собственного названия.

И тем не менее реклама всерьез обманывает наивных людей. Ложным является скрытое, но безошибочно угадываемое утверждение, будто предложенные квалификация и подготовка, а также сам «институт», сотрудниками которого могут стать успешные выпускники, имеют какой-либо узнаваемый и официально утвержденный статус. Курсы, квалификация и «институт» не «признаны» никем, кроме самого организатора и выпускников. Они не имеют никакой общественной аккредитации или утвержденности, не связаны ни с каким общественным органом и не приписаны ни к какому общественному работодателю. Впрочем, ничего подобного и не утверждается, а значит, нет предмета для разговора.

Кроме того, если кто-то, пройдя такую или подобную ей подготовку, сочтет ее неудовлетворительной или если, к примеру, выпускники обнаружат, что не в силах заставить официальные органы здравоохранения или иные агентства взять их на работу в качестве терапевтов, то пожаловаться будет некому. Курсы обещают квалификацию, достаточную для работы в качестве «гипноаналитика». Поскольку это звание не оговорено в иных терминах и не имеет официального статуса, неудовлетворенный клиент, какие бы последующие попытки воспользоваться таким званием он не предпринимал, не вправе жаловаться, будто он не был «квалифицирован». Курсы не обещают квалификации, необходимой для приема на работу, равно как не делается и никаких иных заявлений. Не возникает сомнения в том, что курсы честно дают то, что предлагают публично и открыто. Скрытый смысл, или то, как можно истолковать

336

Глава 11

вать объявление, а также сведения, скрытые между строк рекламной брошюры, рассылаемой по адресам, не подвластны действию закона о рекламе.

Выводы

Таким образом, становится очевидным, что от многих возможных опасностей общественность защищена либо слабо, либо не защищена вовсе. Это безусловно справедливо в отношении способности самозванных «гипнотерапевтов» выполнять их обычный «врачебный долг». Воистину трудно гарантировать правдивость заявлений «гипнотерапевтов», подготовленных в незарегистрированных и никем не признанных институтах, равно как заявлений и самих этих институтов, — если только речь не идет об уголовном законодательстве, регулирующем коммерческую деятельность в целом и занимающемся случаями заведомого обмана или нарушения условий контракта.

Невозможность принятия специальных защищающих законов станет ясной, если учесть отсутствие интереса к этой теме со стороны соответствующих органов и их членов. Существует лишь противодействие некоторых кругов учреждению того, что понимается как «закрытое предприятие» или контроль протекционистов. Законодательство становится тем более невозможным в свете огромных трудностей, связанных с выработкой точных определений, и в любом случае, подобного контроля можно будет с легкостью избежать, употребляя альтернативные термины так, что закон останется лишь прописанным на бумаге.

Все, следовательно, говорит за то, что если защита общества представляется необходимой или, по меньшей мере, желательной, то нужно сделать две вещи: во-первых, утвердить регистрационную форму, схожую, например, с «Реестром» БПО или БМА, так, чтобы звания вроде

«дипломированный гипнотерапевт» присваивались только лицам, которые были законным образом квалифицированы и тем самым сделались подотчетными органу общественного контроля; и во-вторых, заниматься, насколько возможно, широким общественным просвещением, чтобы люди имели представление о процессе аккредитации спе-

Профессиональные и этические вопросы

337

циалистов, их регистрации, а также о подотчетности обществу и дисциплинарных полномочиях контролирующего органа.

По существу, профессиональные и этические аспекты применения гипноза весьма немногим отличаются от тех, что присущи всем терапевтическим техникам, навыкам и знаниям. В целом эти аспекты более сложны и с меньшей легкостью поддаются определению вне четко очерченных рамок традиционной соматической медицины. Как лечение определенными препаратами, так и хирургические методы хорошо узнаются, благодаря чему «практика без лицензии» легко может быть объявлена вне закона, однако так нельзя поступить с психологическими техниками и многими «дополнительными», или «альтернативными», методами лечения.

Как отмечалось в начале этой главы, если гипнотические техники обладают лечебными свойствами, то с тем же успехом они могут оказать такое же разрушительное воздействие, как медикаментозное или хирургическое лечение, проводимое без должных знаний и навыков. Поэтому общество нуждается в тех же мерах защиты *vis-a-vis* при использовании гипноза, какие требуются ему в терапии и хирургии.

Примечания

a) Я написал еще одну статью в продолжение темы, в которую вошли основные мысли из двух данных статей, отзывы, которые я получил на них, и мои дальнейшие размышления над их темой. Она была прочитана на ежегодной конференции БОЭКГ в 1989 г.

b) Личное сообщение д-ра Дж. Родни, Президента Австралийского общества гипноза, Администрация Квинсленда, 1985.

c) Преступное намерение: ситуация, когда врачебное воздействие направлено на использование больного в личных целях — например, сексуальные отношения или необоснованные поборы.

d) В Соединенном Королевстве существуют Британское общество экспериментального и клинического гипноза, Британское общество врачебного и стоматологического гипно-

338

Глава II

за и Британское общество практического гипноза в речевой терапии.

e) Росси и Чик (Rossi and Cheek, 1988), Чик является акушером.

О Неофициально представлены на 9-м Международном конгрессе МОГ, 1982.

g) Многие практически работники могут выступить с похожими историями. Среди публикаций числится работа Хипа (Heap, 1984) и Хенкампа (Hoencamp, 1989).

h) В одной из статей, написанных мною для последующего распространения, я попытался дать определение, которое могло бы лечь в основу законодательства. Оно звучит так:

Гипноз должен быть определен как состояние или процесс, в котором особые психологические, ментальные, эмоциональные, физиологические и прочие состояния, ощущения, реакции и поведенческие проявления (уточняются ниже) намеренно вызываются или производятся в лице или группе лиц с целью, которая была открыто сформулирована или ясно подразумевалась, так, что это сопровождается или предполагает вызвать изменения в психологическом, социальном, сенсорном или другом физическом или физиологическом функционировании, состояниях, процессах или поведении лица или лиц, подвергающихся процедуре. Подобные действия, как направленные на достижение эффектов, уточненных ниже, или как те, от которых обоснованно ждут таких эффектов, должны рассматриваться в качестве гипнотической индукции и предназначаться для погружения в гипнотическое состояние или процесс лица или лиц, которые предположительно являются субъектами эффектов, вызываемых этими действиями.

Гипноз характеризуется следующими признаками, которые могут проявляться в любых количествах и сочетаниях:

1) Физические: общее мышечное расслабление, замедление вегетативных функций (частоты пульса и сердечных сокращений, дыхания, обмена веществ *etc.*); паралич, каталепсия или *flexibilitas cerea* в одном или нескольких участках тела; любые соматические изменения, следующие за суггестиями, которые дает лицо или лица, осуществляющие процесс.

2) Психологические: чувство или субъективное ощущение релаксации, отстраненное восприятие

окружающей обстановки; дезориентация во времени и/или пространстве; пони-

Профессиональные и этические вопросы 339

женное осознание сенсорных импульсов; сознание поворота внимания и восприятия от внешних реалий в сторону внутренних, физических, когнитивных и/или эмоциональных процессов; повышенное и суженное внимание к тому, что говорится или делается лицом, осуществляющим процесс, к все большему устранению из поля зрения других раздражителей, мыслей, ощущений, воспоминаний и чувств; внушаемость, повышенная настолько, что суггестии, которые даются лицу или лицам, подвергающимся процедуре (относящиеся к когнитивным, эмоциональным или соматическим составляющим и событиям), воспринимаются с большей готовностью и влекут за собой результаты более наглядные, чем были бы свойственны данному индивиду в нормальных условиях; ощущение или оценка реальности и логическое мышление оказываются настолько сниженными или измененными у лица или лиц, подвергающихся процедуре, что эти лица принимают нелогичные или нереалистичные суггестии, которыми способны оперировать без внутреннего конфликта и/или без обязательного понимания их нереалистичности или иррациональности.

Литература

Australia (1973) Psychological Practices Act, 1973, State of South Australia.

Australia (1976) Psychologists Registration Act, 1976, Tasmania.

Australia (1976) Psychologists Registration Act, 1976, Western Australia.

Australia (1977) Psychologists Act, 1977, State of Queensland.

Australia (1978) Psychologists By-Laws, 1978, State of Queensland.

Australia (1979) Psychologists Registration Amendment Act, Tasmania.

Australia (1980) Statutory Rules, 1980, No. 217, Psychologists Registration Regulations, Tasmania.

Australia (1984) Bill: Psychologists Registration Act, 1984, State of Victoria.

Australia (1985) Health Practitioners and Allied Professionals Registration Act, 1985, Northern Territory of Australia.

340

Глава 11

BMA (1892) Statement by a Committee appointed by the BMA to investigate the phenomena of hypnosis. In sub-appendix A of *Appendix X. Supplement to the British Medical Journal* April 23, 1955, 192.

BMA (1955) Medical use of hypnotism: Report of a sub-committee appointed by the Psychological Medicine Group Committee of the B. M. A. *Appendix X. Supplement to the British Medical Journal* April 23, 1955, 190-193.

BSECH (1982) Comments on the ISH Code of Ethics and Resolution, *Bulletin of the British Society a/Experimental and Clinical Hypnosis* 5: 77-79.

Burrows, G. D. and Dennerstein, L. (eds) (1980) *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.

Edelstein, M. G. (1981) *Trauma, Trance and Transformation*, New York: Brunner/Mazel.

Habermann, M. A. (1987) Complications following hypnosis in a psychotic patient with sexual dysfunction treated by a lay hypnotist, *American Journal of Clinical Hypnosis* 29:166-170.

Hartland, J. (1971) *Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications*, London: Bailliere Tindall.

Heap, M. (1984) Four Victims, *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* 2: 60-62.

Hoencamp, E., (1989) Sexual coercion and the role of hypnosis in the abused therapeutic relationship, in D. Waxman, D. Pedersen, I. Wilkie and P. Mellett, (eds) *Hypnosis: The Fourth European Congress at Oxford*, London: Whurr Publishers.

Judd, F. K., Burrows, G. D. and Dennerstein, L. (1985) The dangers of hypnosis: a review, *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 13:1-15.

Judd, F. K., Burrows, G. D. and Dennerstein, L. (1986) Clinicians' perceptions of the adverse effects of hypnosis: a preliminary survey, *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 13: 49-60.

Kleinhautz, M. and Eli, I. (1984) Misuse of hypnosis: a factor in psychopathology, *American Journal of Clinical Hypnosis* 26: 283-290.

Kleinhautz, M. and Eli, I. (1987) Potential deleterious effects of hypnosis in the clinic, *American Journal of Clinical Hypnosis* 29:155-159.

Milne, G. (1986) Hypnotic compliance and other hazards, *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 14: 15-29.

Профессиональные и этические вопросы

341

Mott, T.Jr. (1987) Adverse reactions in the use of hypnosis, *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 14: 147-148.

Rosen, H. (1960) Hypnosis: application and *misapplication* *Journal of the American Medical Association* 172: 683-687.

Rossi, E. L. and Cheek, D. B. (1988) *Mind-Body Therapy: Methods of Ideodynamic Healing and Hypnosis*, New York: Norton.

Waxman, D. (1988) The problem with stage hypnotism, in M. Heap (ed.) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif.: Stanford University Press.

Wright, E. (1979) *The New Childbirth*, London: Spar Books.

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