

УДК 615.851.1



НОВЫЙ ИНТЕГРАТИВНЫЙ МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ «ПРИВИВКА ПРОТИВ ВНУШЕНИЯ»

В. Ф. Простомолотов

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

Аннотация. Известно, особенно опытным психотерапевтам и наркологами, что выявляемая у пациентов высокая внушаемость вопреки быстрому и часто яркому эффекту во многих случаях предопределяет кратковременность успеха лечения. Податливость отрицательному внешнему или внутреннему суггестивному стимулу велика, а врач не может быть все время рядом. Учитывая эти обстоятельства, мы разработали и на протяжении ряда лет эффективно применяем два способа метода «прививки против внушения».

Ключевые слова: внушаемость, интегративный, сомнамбулизм, подконтрольная гипнабельность, саморегуляция.

Опытным врачам, особенно психотерапевтам и наркологами, известно, что выявляемая у пациентов высокая внушаемость, вопреки быстрому и часто яркому эффекту, во многих случаях предопределяет кратковременность успеха лечения. Податливость отрицательному внешнему или внутреннему суггестивному стимулу велика, а врач со своим внушением не может быть все время рядом. Учитывая эти обстоятельства, мы разработали и на протяжении ряда лет эффективно используем два способа метода «прививки против внушения» в форме двух способов, применяемых в двух вариантах различных клинических случаев. Несмотря на то, что роль суггестивных/аутосуггестивных механизмов в них велика, оба способа являются, по сути, интегративными и включают элементы катарсиса, разъяснения, убеждения и в большой степени – обучения.

Первый способ эффективен в отношении пациентов с соматоформными, чаще конверсионными, расстройствами, с высокой психосоматической проводимостью, резко положительными пробами на идеомоторные и идео-сенсорные реакции. При установлении с такими пациентами доверительного контакта – что, надо заметить, не требует большого труда – выясняется, что эти люди, обычно простодушные и доверчивые, страдают от своей высокой внушаемости, податливости всяким суевериям и негативным влияниям.

Прежде, чем предложить этим пациентам «прививку» против внушения, и тем более приступить к практическому выполнению метода, следует заручиться их согласием и желанием укрепить свою волю, укрепить психологическую защиту, поддержать в них уверенность в реальной возможности этого.

Пациента неспешно подводят к мысли, что как соответствующими тренировками (спортивными, температурными, интеллек-

туальными) можно укрепить мускулы, закалиться, усилить память, так и специальными тренировками и упражнениями можно усилить волю, внутреннего контролера, создать своего рода фильтр, пропускник, задерживающий внушение (внешнее, внутреннее)*.

После такого небольшого вступления пациент приглашается в гипнотарий, где под влиянием прямого внушения реализуются феномены падения в кресло, невозможность разжать сцепленные кисти рук и другие. Желательно суггестии проводить по нарастающей, добиваясь максимально возможного эффекта. Далее врач садится напротив пациента, многие из которых продолжают еще находиться в состоянии оторопи, просит его расслабиться и оценить ситуацию в целом, и уже дружеским тоном производит развенчание мифической силы внушения. Обычно мы говорим следующее: «А вы уверены, что вы так уж не самостоятельны, так зависимы от воли другого человека? Попробуйте оценить ситуацию и в целом, и как бы со стороны, внутренне возражать, критиковать, иронизировать, поступать вопреки». Тут же мы предлагаем пациенту конкретные рецепты контрсамовнушений. Среди них особенно показательны и убедительны альтернативные, например: тянет назад-вперед, руки сжаты-разжаты и т.д. Рекомендуются увидеть во внушающем такого же человека, как и ты, дистанцироваться от ситуации.

Последующие попытки реализовать прежние внушения, как правило, неудачны и пациента в этом следует поддержать. Даются задания на дом в виде стенических самона-

* — Акцентирую на этом особое внимание потому, что в психотерапии, очевидно, как и в других областях медицины, например, той же хирургии, должны логично чередоваться неспешные действия с весьма оперативными, что и обуславливает во многих случаях необходимый эффект. Обычно объяснения/разъяснения производят неспешно/обстоятельно, а внушения – энергично/импульсивно.

строев, утверждающих суверенитет его личности, крепость воли, крепость внутренних тормозов, владение собой везде и всегда. По нашим наблюдениям, никогда более в результате внушения этот пациент не упадет в кресло, всегда сможет разнять кисти рук, всплески эмоций не включают более обильно невротическое расстройство.

На следующем сеансе через несколько дней, проверив предварительно пациента прежними способами на внушаемость (которая, как правило, оказывается нулевой), похвалив пациента, пробуем суггестивно спровоцировать у него невротическое, соматоформное расстройство, что обычно также не удаётся.

Привожу клинико-психотерапевтическое наблюдение, которое весьма типично иллюстрирует вышеизложенное.

Т., 28 лет, замужем, дочь – первоклассница, живут со свекром, год как не работает, по специальности экономист.

Жалобы на одышку, ком в горле, страх задохнуться. Во время приступа одышки немеют руки и их сводит судорогой. Подобные состояния возникают в связи с переживаниями. Кроме того, периодически (также в связи с волнениями) беспокоит приступообразный кашель, сопровождающийся одышкой инспираторного типа. Испытывает опасения, а во время приступа – страх смерти от удушья.

История развития заболевания. Больна 2 года. Не хотела, чтобы муж уезжал в длительную командировку, как потом призналась – из-за ревности, так как на то якобы были основания. Тогда наблюдалась истерика, рыдала, затем стала задыхаться, сводило судорогой руки и ноги, испытала интенсивный страх смерти. Вызвала «скорую». После инъекций успокоилась, одышка прошла. С тех пор переживания и простуда провоцируют одышку. Как-то по совету участкового терапевта с целью подавления «астматического компонента бронхита» и облегчения дыхания приняла глаувент. Возникла, по словам пациентки, «аллергия» – появилось головокружение, онемели конечности, испытала страх смерти, сводило судорогой руки и ноги. После приезда СМП, почувствовав себя лучше, разразилась рыданиями. Испытала чувство обиды, что она – такая неудачница, во всем не везет, даже с аллергией на лекарства.

История жизни. Из семьи военного, младшая дочь. Много разъезжали. В детстве занималась хореографией, музыкой, но быстро надоедало и оставила и то, и другое. Училась хорошо, была лидером в классе. После школы закончила экономический факультет, ра-

ботала экономистом. Месячные с 14 лет болезненные до родов в 20 лет. Замужем 9 лет. В первые годы супружества семейные отношения, по словам пациентки, были хорошие, в последние – разладились. Во всем винит мужа, хотя именно он, работая в двух местах, экономически обеспечивает семью. В последний год в связи с тем, что дочь пошла в школу, уволилась с работы, чтобы, по словам пациентки, создать ей хорошие условия для учебы. В то же время чаще сопровождает ребенка в школу и обратно свекр, о чем стало известно от мужа. Несколько лет назад ее отец умер от рака желудка. Обнаруживает канцерофобические переживания, так как, со слов пациентки, врач якобы сказал им с сестрой, что при этой болезни имеется наследственная предрасположенность.

Психическое состояние. Одеты ярко, столь же яркая косметика. В поведении доминируют ювенильные и демонстративные черты. Внимательно следит за врачом, стремясь разжалобить его, добиться сочувствия, одобрения. Во всем винит мужа и свекра, который живет с ними. Подозревает мужа в измене, так как он стал более пассивный в последние годы, меньше уделяет ей внимания. В то же время выяснилось, что продолжительность коитуса у мужа не превышает трех минут. Принуждает мужа к продолжительным ласкам, так как только при этом условии испытывает серийный оргазм. Быстро поддаётся убеждению в том, что муж верен ей, просто устал и от двух работ, и от ее характера. Обнаруживает высокую эмоциональность. Во время первичной беседы несколько раз отмечались то слезы, то смех. Высоковнушаема и самовнушаема. Интеллект соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Артистична и лжива. При объективном анамнезе со слов мужа и свекра выяснилось, что пациентка эмоционально несдержанна, конфликтна. Много времени уделяет косметике и шитью в ателье модной одежды. Настойчивая и упрямая.

Диагноз: Конверсионное расстройство у личности истерического типа.

Клиническая динамика в процессе психотерапии. На первичной консультации стандартными пробами была выявлена высокая внушаемость пациентки, в том числе падения назад в кресло в результате директивной суггестии психотерапевта. Затем тут же было внушено: «Как только вы подойдете к креслу, станете к нему спиной и закроете глаза, вас сильно потянет назад, и вы упадете в кресло. Чем сильнее вы будете сопротивляться, тем быстрее упадете в кресло». Больная была потрясена произошедшим с ней. Не-

сколько раз специально подходила к креслу, чтобы убедиться еще и еще раз в том, что ей это не кажется, что она, «как манекен, валится в кресло». Особенно ее поразило то, что и в отсутствии врача в кабинете (вышел на минуту), когда она сама стала перед креслом, внушение так же четко реализовалось.

Затем пациентка была переведена в гипнотарий, где у нее суггестивно был спровоцирован приступ, о котором она говорила врачу [1]. Суггестивно же приступ купирован, внушено успокоение, расслабленность, установка на полное выздоровление, овладение собой, так как неже, стыдно быть такой слабонервной, такой мнительной, такой истеричной. После успокоения пациентки и нормализации вегетатики переведена в кабинет врача, где ей, с позиций И.М.Сеченова и И.П.Павлова, что требует времени не менее часа, разъяснено взаимоотношение коры и подкорки, сознания и подсознания, ума и эмоций; разъяснена сущность идеомоторных реакций, внушения и самовнушения. Пациентка обучена умению противодействовать внушению, исходящему от кого-либо или от нее самой. С восторгом, с большим удовлетворением, следуя рекомендациям врача, противодействовала внушению падения назад в кресло. С энтузиазмом тут же стремилась закрепить результат, еще раз проверить себя. После многократных самопроверок в присутствии врача наконец заявила, что все поняла, что у нее открылись глаза на многое, что с ней происходило все эти два года болезни.

Далее пациентка прошла комплексную психотерапию. С большим интересом посещала групповую познавательную-поведенческую психотерапию, выступая в роли лидера, овладела приемами медитации, самовнушения, ауто-тренинга. Выписана с выздоровлением.

Положительный катамнез 2,5 года, когда обратилась с проблемами личного характера. Все это время конверсионное расстройство дыхания не наблюдалось. Прежде, чем поделиться с врачом своими проблемами, попросила, чтобы он проверил ее внушаемость. Поставленная спиной к креслу, стоит не шелохнувшись, с восторгом демонстрируя свои успехи.

Обратилась только для того, чтобы врач помог ей восстановить вес, ибо в связи с переживаниями похудела на 10 кг. По словам пациентки, муж перестал ее удовлетворять, поэтому она завела любовника моложе себя на 5 лет. Мать того молодого человека, который уже намеривался было жениться на ней, устроила скандал, таскала ее за волосы. Муж, узнав все это, стал, по словам пациентки, стараться и теперь уже удовлетворяет ее.

Пациентка прошла пять сеансов психотерапии на контакте [2], вначале два, затем один раз в неделю. Начала заметно поправляться. Отношения с мужем, по словам пациентки, нормализовались.

Заключение. На основании приведенной истории болезни можно судить, что в характере пациентки наиболее заостренными чертами характера являются высокая эмоциональность и чувственность, не уравновешенные сдержанностью и выдержкой, эгоцентризм, высокая внушаемость и мнительность, упрямство и лживость. В целом личность характеризуется как незрелая и демонстративная. Пациентка к тридцати годам так и не научилась по-взрослому преодолевать возникающие жизненные проблемы, используя ум и волю, в первую очередь, терпение. Истерические реакции при первом обращении, проявляющиеся в форме истеро-невротической одышки, других демонстративно вегетативных и истероповеденческих нарушений, были устранены привитием, с одной стороны, отвращения к шаржировано демонстративным формам личностного реагирования – «стыдно быть истеричкой», с другой – обучением психофизиологическим законам внушения и овладения навыками саморегуляции. Таким образом, внешние, поверхностные проявления личности удалось скорректировать посредством методов познавательной-поведенческой психотерапии. Ядро же ее личности осталось прежним – истерическим: все та же неуравновешенная эмоциональность и чувственность, эгоцентризм, слабость внутреннего торможения, лживость (заметим, что последние три качества во многом определяют нравственно негативный профиль личности), что неминуемо привело к очередному конфликту в области семейно-дружеских отношений.

Многолетние наблюдения за подобными пациентками убеждают в том, что устранение у них посредством психотерапии псевдосоматических и псевдоневрологических расстройств, а также уменьшение до определенных пределов их внушаемости вполне реальные задачи для практического психотерапевта. Обучая пациенток приемам психической саморегуляции, достигают компенсации их психического состояния. Однако здесь необходимо заметить, что, обучившись психофизиологическим законам и техникам внушения и самовнушения, владея собой внешне, пациентки не утрачивают своей лживости и стремления манипулировать другими, которые в результате способны, по моим наблюдениям, становиться еще

более изощренными. Здесь же следует продолжить, что проведение с подобными пациентками глубокой реконструктивной, в т. ч. религиозной, психотерапии не в состоянии в полной мере изменить профиль личности (соотношения сознание – подсознание, кора – подкорка), однако поведение пациентов, их реакции на стресс становятся более упорядоченными внешне. При этом приходится считаться с тем, что взамен конверсионных расстройств возможно появление аффективных расстройств в форме матовой характерологической дистимии и дисфорических реакций, что, очевидно, соответствует конституциональным особенностям пациентов.

Второй способ «прививки против внушения» эффективен в отношении пациентов с высокой гипнабельностью на уровне амнестического сомнамбулизма с целью понизить их внушаемость. Поскольку в этом способе основные психотерапевтические воздействия связаны с гипнотическим сомнамбулизмом, необходимо хотя бы вкратце обсудить клиничко-психологический, патогенетический и терапевтический аспекты этой темы.

Заметим, что все корифеи психотерапии, с которыми приходилось лично обсуждать проблемы гипнотического сомнамбулизма, указывали на то, что, несмотря на большое число наблюдаемых ими пациентов в клинике, погружающихся в глубокий гипноз, выдающихся сомнамбулов, реализующих с открытыми глазами практически все виды внушений, было немного – назывались единицы. Эстрадным гипнозом упоминаемые корифеи не занимались.

В литературе, а также в частных беседах с коллегами приходилось встречаться с мнением, что частые погружения в глубокий гипноз разрушают личность, повышают внушаемость. И. М. Аптер [3] в полемике с В. Е. Рожновым и М. Е. Бурно [4] на страницах журнала им. С. С. Корсакова прямо восклицает: «Вряд ли многие психотерапевты отдадут себе отчет в том, к каким последствиям для нервной системы пациента, его психики приводят многократные погружения в сомнамбулическое состояние!»

Полагаем, что указанный автор судил об обсуждаемом явлении явно односторонне, игнорируя, во-первых, вопросы диагностики в психиатрии до проведения лечения и в процессе его; во-вторых, показания и противопоказания к гипнотерапии; в-третьих, соблюдение коллегами психогигиенических правил при проведении метода гипносуггестии. И минеральной водой при неадекватном ее применении можно нанести немалый

вред здоровью, но это известно и молодым врачам. Его оппоненты, профессор, заведующий и доцент кафедры психотерапии ЦОЛИУВ (М), утверждают обратное: «Гипноз – природная защита организма, которой врач должен пользоваться...», – и все. Однако не можем не заметить, что данная дискуссия, на наш взгляд, в чем-то напоминает спор слепого с глухим, ибо при упорном отстаивании своей точки зрения/одной позиции авторы с обеих сторон игнорируют целый комплекс смежных и соподчиненных вопросов, что значительно снижает продуктивность научной дискуссии.

В то же время А. И. Захаров [5] подмечает, что здоровые люди обладают большей гипнабельностью, чем невротически больные, что соответствует нашим наблюдениям [6] и что косвенным образом подтверждает разделяемый и нами взгляд на гипноз (впервые обоснованный и сформулированный И. П. Павловым [7]), как на естественную защитную реакцию организма и, в первую очередь, нервной системы. Возможно, именно в связи с этим, по нашим наблюдениям, пациенты, погружающиеся в сомнамбулическую стадию гипноза, обычно не жаловались на бессонницу, и, что каждый более-менее опытный клиницист заранее знает, невротик с упорной бессонницей не погрузится в глубокий гипнотический сон (во всяком случае, на первом сеансе точно), может быть, только в дремотное состояние – и то, если психотерапевт проявит все свои навыки и старание.

Здесь, полагаю, необходимо по-научному определиться с полученными А. И. Захаровым результатами, а также с мнением других авторов, врачей и психологов, в т. ч. не упоминаемых в настоящей статье, проводивших экспериментальные исследования по гипнозу со здоровыми, как они пишут, людьми. Подобные исследования обычно проводились – и проводятся – со школьниками, студентами, волонтерами, выразившими согласие участвовать в эксперименте. Все эти люди условно (подчеркиваю – условно) могут быть отнесены к здоровым, ибо это заключение основано только на том, что они в то время не болели, а учились и не находились в клинике, и им всем не были проведены, надо подчеркнуть, тщательные клинические и параклинические исследования. Кроме того, считаю, нельзя игнорировать мнение известного классика пограничной психиатрии П. Б. Ганнушкина [8] об условности и сомнительности понятия о границе психического здоровья и неизменно пишущего перед определением «нормальные/душевно здоровые люди» два слова – «так

называемые», подчеркивая тем самым диалектический динамизм состояния здоровья и болезни вообще и психического здоровья в частности. Более того, он писал, что пограничные психические расстройства не только разъединяют, но – что, на наш взгляд, более важно – одновременно и соединяют состояния психического здоровья и болезни.

Интересный психологический феномен: это второе свойство пограничных расстройств – «соединяют» – в научно емком определении классика явно менее заметно, чем первое – «разъединяют». Смысл второго свойства как-то ускользает в сравнении с доминирующей идеей первого, очевидно, в связи с порождаемым ею гештальтом разделения, подобно феномену двойных фигур. Не потому ли идея соединения между психическим здоровьем и психическим нездоровьем, которое выполняют пограничные расстройства, недостаточно разрабатывается в психиатрии и психологии?

В связи с изложенным хочу привести собственные наблюдения, которые в определенной степени могут способствовать прояснению вопроса об объективизации соматического и психического состояния людей, принявших участие в клинко-психологическом исследовании феномена гипнотического сомнамбулизма.

На протяжении более 20 лет (прошлые 70–90-е годы) мне приходилось читать публичные лекции по линии общества «Знание», что предоставляло прекрасную возможность многосторонне исследовать феномены внушаемости, гипноза и внушения, в т.ч. в зависимости от пола, возраста, профессии и др. факторов. Всего было прочитано более 300 лекций с последующей демонстрацией феноменов гипноза и внушения. Количество слушателей колебалось от 100 до 2000; обычно норма наполняемости зала составляла 300–500 человек, что в сумме превышает 100 тысяч (соотношение числа женщин и мужчин было приблизительно равным с некоторым преобладанием последних, однако следует отметить в ряде случаев их значительное большинство, например, в сельскохозяйственном училище или техникуме). Возраст значительного большинства слушателей был в пределах 16–30 лет, люди зрелого возраста составляли менее четверти присутствующих.

На каждом выступлении число приглашенных на сцену для демонстрации феноменов внушения колебалось от 5 до 20 и более (чаще всего 10–15, соотношение среди них мужчин/женщин соответствовало соотношению мужчин/женщин среди всех слушателей на лекции), что в сумме превышало 3,5 тысяч человек. Приведенные цифры позволя-

ют лишь очень косвенно и приблизительно судить о выявляемости высокой внушаемости и гипнабельности на подобных лекциях, равной около 3,5%. Число слушателей, присутствующих на сцене для демонстрации феноменов внушения, нас вполне удовлетворяло, поэтому не требовалось изыскивать еще какие-то дополнительные способы и приемы, способствующие повышению внушаемости. С большой вероятностью, основанной на опыте эстрадных выступлений, предполагаю, прояви я большую настойчивость и беспардонность, избирательность и особенно антинаучность, выражающуюся в поощрении умозаключений магически мыслящих слушателей (о чем можно было судить по специфически наивным вопросам типа: «Когда вы поняли, что владеете гипнозом?») процент слушателей, участвующих на сцене, мог быть значительно выше.

Выявление потенциальных сомнамбул достигалось без особого напряжения (но, разумеется, не в стиле неспешной вечерней прогулки, т.к. попотеть в буквальном смысле приходилось немало, ибо работа эта требует обостренного внимания и оперативности) посредством либо теста на сжатие в замок пальцев рук и других подобных приемов, либо я спускался в зал или же прямо со сцены приглашал к себе «приглянувшихся» мне слушателей. Для опытного глаза потенциальные сомнамбулы весьма заметны на фоне общей массы недоверчивых, подозрительных, ироничных, отвлекаемых, напряженных, рационально-рассудочных людей своей высокой и неконтролируемой эмоциональностью и открытостью с выражением неприкрытого интереса на лицах или даже восхищения с широко раскрытыми глазами.

Весьма заметна высокая вегетативная лабильность, яркие краски на лице, а иногда выраженная бледность, повышенная потливость и влажные ладони. Часто эти люди держат носовые платки в руках. Бросается в глаза их застывший взгляд вплоть до гипнотической кататонии взора. В ряде случаев застывание взгляда приобретало характер очарованности взора. И вообще, следует заметить, что в общей массе сидящих в зале людей они выглядят как-то одиноко, уединенно. Приглашенные мной слушатели, как правило, охотно выходили на сцену. В некоторых случаях требовалось повторное, более императивное приглашение. В тех случаях, когда у слушателей с кататонией взора обнаруживались затруднения в способности к самостоятельному передвижению, по нашей просьбе, им помогали выйти на сцену их соседи.

Должен отметить, что из трех с половиной

тысяч людей, участвующих в демонстрации феноменов сомнамбулизма, только немногие (не более 20) затем обратились к нам по поводу невротических и личностных проблем; среди них были и те, кто просил помочь им снизить внушаемость, что и послужило стимулом для разработки второго способа «прививки против внушения». Представляет несомненный интерес то, что число слушателей, сидевших в зале и не попавших/не вышедших затем на сцену, которые обратились впоследствии к нам в связи с невротическими и психосоматическими проблемами, было на порядок больше.

Таким образом, подводя итог клинико-психологическим наблюдениям трех с половиной тысяч условно здоровых исследованных лиц, погружающихся в гипнотический сомнамбулизм, можно с достаточной уверенностью заключить, что эмоционально-аффективная сфера и тесно связанная с ней вегетативная регуляция у них высоко чувствительны и ранимы, что предполагает патологию в области височных долей.

Можно с большой вероятностью предположить, что данная аномалия, с другой стороны, способствует компенсации их психического и соматического состояния за счет того, что называлось И.П.Павловым охранительным торможением, а так же подобно наблюдающейся компенсации интеллектуально-мнестических и поведенческих функций у слепых и глухих. У первых гиперкомпенсирован слух, мышечное чувство, обоняние и осязание, в результате чего они достаточно хорошо ориентированы в пространстве и часто высоко интеллектуальны (например, всемирно известный математик академик Л.С.Понтрягин, 1909–1989), а у вторых – зрение, интуиция, благодаря чему они «видят» по губам и мимике произносимые слова и намерения говорящих и находящихся рядом людей.

Хотелось бы отметить – и это очень важно в контексте обсуждаемого – еще некоторые особенности у наблюдаемых и леченных нами пациентов, погружающихся в глубокий сомнамбулизм, которых оказалось более 100 человек: во-первых, в анамнезе у них часто наблюдались эпизоды сногворения, снохождения, повышенной двигательной активности во время сна, а также энурез в детстве; во-вторых, у них же отмечалось доминирование парасимпатического отдела ЦНС, на что указывала склонность к брадикардии и гипергидроз ладоней и стоп (особенность, которую отмечали в подобных случаях практически все корифеи гипнотерапии); в третьих, тщательные объективные исследования ЦНС (компьютерная томогра-

фия, МРТ, ЭЭГ, проведенные у немногих) выявляли признаки органического поражения мозга преимущественно в височных и височно-затылочных областях.

Что касается личностной и характерологической оценки пациентов, погружающихся в гипнотический сомнамбулизм, то, надо признать, что со времен Ж.-М.Шарко и Э.Бернгейма здесь закрепились представления, что это область исключительно истерии. Упомянутая статья В.Е.Рожнова и М.Е.Бурно в более современных терминах и как бы по-новому представляющая тему, по существу, повторяет тот же древний стереотип. Полагаем, тому во многом способствует мнение, что истерические проявления (как, впрочем, и психастенические) возможны сами по себе, вне конституциональных особенностей индивидуума (эпилептоидных, аффективных, шизоидных), но и, конечно, без всякой там отягощенности экзогенной или, тем более, эндогенной патологией.

В действительности же, по нашим наблюдениям, и из более ста упоминаемых пациентов в кабинете, и из трех с половиной тысяч слушателей на сцене зала больше половины составляли мужчины, а они, что широко известно, в общей массе истерических личностей находятся в соотношении один к десяти-пятнадцати (а то и к двадцати) женщинам. Уже только эти цифры – упрямая вещь – заставляют взглянуть по-иному на личностную характеристику людей, погружающихся в гипнотический сомнамбулизм. Согласно нашим исследованиям, больше половины, т.е. преобладающую группу среди них, составляли личности эпилептоидного круга, включая церебральных органиков, а затем по мере уменьшения – истеро-эпилептоиды, истеро-аффективные, истеро-шизоидные личности. При этом в разнородной группе истериков отягощенность органическим поражением ЦНС в разной степени выраженности отмечена у большинства пациентов.

По нашим наблюдениям, в сравнении с 3,5% условно здоровых людей (что, как было указано выше, равно в среднем за сеанс 10–15-ти испытуемым), погружающихся в гипнотический сомнамбулизм на сцене зала со слушателями, подобный процент выявляемых на сеансах гипнотерапии в оборудованном кабинете поликлиники среди пациентов с невротическими и психосоматическими расстройствами значительно, в несколько раз ниже, не более 1%. Парадокс, но это факт: несмотря на то (но, возможно, и вопреки), что сцена зала ярко освещена, участвующие в публичном представлении гипноза люди стоят или сидят на жестких стульях во вре-

мя погружения в транс, когда в затемненном зале, обычно полном, сидят, вначале зажав дыхание, а потом бурно реагируя, 300–500 и более слушателей/зрителей, они быстро погружаются в сомнамбулическую стадию; а в хорошо оборудованном кабинете психотерапии – тишина (но можно создавать и успокаивающий/расслабляющий звуковой фон, способствующий медитации, типа тибетской музыки, шума морского прибоя и т.п.) и комфорт (мягкие кресла с подголовниками, удобные кушетки с мягкими подушками и пледами, полузатемнение, кондиционер, обеспечивающий температуру комфорта), т.е. все, что благоприятствует наступлению глубокого гипнотического сна, – искусственный сомнамбулизм индуцируется в три раза реже.

Мнимый парадокс (мнимый, конечно, с позиции рассмотрения гипнотического сомнамбулизма как частичного сна или даже просто как снаподобного состояния, которое успешнее развивается в комфортных условиях) мы объясняем тем, что для развития искусственного/гипнотического сомнамбулизма необходима, в первую очередь, диссоциация мозговой деятельности при наличии раппорта с гипнотизером, приводящая к дезориентации в месте, времени, собственной личности. Этому как раз и способствуют условия ярко освещенной сцены большого затемненного зала, вызывающие у впервые попавших на нее высоко эмоциональных и впечатлительных людей растерянность и оторопь [9]. Будучи (по И.П. Павлову) гипнотическими фазами, они усиливают диссоциацию мозговой деятельности и внушаемость, что и реализуется в форме гипнотического сомнамбулизма.

Условия хорошо оборудованного кабинета психотерапии, напротив, способствуют концентрации внимания пациента на враче и проводимых им лечебных воздействиях, т.е. пациент собран; психотерапевт же мотивирован, в отличие от эстрадного гипнотизера, на лечебный эффект гипносуггестий, а не на демонстрацию ярких, но подчас ненужных/лишних для терапии невротических и психосоматических расстройств гипносуггестивных феноменов. Поэтому даже при погружении пациентов в кабинете психотерапии в глубокий гипнотический сон (даже со спонтанной амнезией, необходимой для развития искусственного сомнамбулизма), мозговой диссоциации не происходит. Пациент спит и слышит голос врача, но он не может двигаться и воспринимает внушения как сновидения. Об этом можно судить, анализируя в постгипнотическом состоянии пациента испытываемые им ощущения.

В типичных случаях внушения/сновидения реализуются терапевтически посредством постгипнотических психосоматических и поведенческих реакций и установок. Только приблизительно у 1% подобных пациентов – при условии, что психотерапевт обладает необходимым опытом и сохраняет внимательность – может быть выявлен искусственно наведенный сомнамбулизм. О предрасполагающей к нему, по нашим наблюдениям, органической патологии ЦНС было рассказано несколько раньше. В связи с этим можно предполагать, что знаменитый парижский невролог Ж.-М. Шарко потому признавал в конце XIX в. гипноз патологическим состоянием, что не разделял, а объединял органическую мозговую предрасположенность и функциональные невротические проявления, органическую мозговую патологию и характер (и этот ряд можно продолжить, имея в виду воспитание, привычки, дурность, др.).

Каким бы ни было отношение к проблеме взаимоотношения/взаимодействия органическое – функциональное (включая, разумеется, и тяжелую органическую патологию, ибо многочисленные наблюдения подтверждают правило: чем больше органического, тем больше функционального), нельзя не согласиться с тем, что, являясь собой в начале жизненного пути *tabularasa* (но все-таки ту или иную), в зрелые годы человек уже выступает как соавтор произошедших с ним перемен в интеллектуальной, поведенческой, социальной и т.п. сферах, несмотря (и часто вопреки), разнообразным органическим церебральным факторам.

В практической работе нам приходилось оказывать психотерапевтическую помощь пациентам, впадающим в глубокий амнестический сомнамбулизм, которые желали бы всегда контролировать свое состояние. Эти пациенты при доверительном контакте с психотерапевтом в процессе последовательного проведения познавательной поведенческой психотерапии вначале успешно постигали психофизиологические механизмы внушаемости, гипноза и внушения (в т.ч. и изложенные в настоящей статье), а затем овладевали приемами самоконтроля и самообладания.

Известно, что одним из главных феноменов сомнамбулической стадии гипноза является возможность успешной реализации постгипнотических внушений. В данном случае внушается возможность вспомнить все, что происходило в гипнозе. Затем в серии гипнотических сеансов натренировывается этот механизм.

Вторым столь же эффективным способом перевода амнезируемого во вспоминаемое, бессознательного в сознаваемое является анализ посредством наводящих вопросов в постсомнамбулическом состоянии всего того, что пациент воспринимал в гипнозе (слышал, видел, ощущал), что, собственно, и демонстрировал И. Бернгейм своим курсантам, среди которых находился одно время и молодой врач З. Фрейд.

С использованием постгипнотических внушений проводится тренировка бодрствования и критического отношения к словам и действиям гипнотизера. В беседах следует развенчать гипноз как магическое средство. С позиций Э. Куэ [10], «нет внушения без самовнушения», пациент овладевает приемами саморегуляции, тренирующими

волю, развивающими самосознание, самоуважение, уверенность в себе.

Подобное уважительное отношение к пациенту, погружающемуся в сомнамбулизм, со стороны психотерапевта и профессиональное использование им столь обоюдоострого оружия, каким является гипнотический сомнамбулизм, приводит к желательному результату: гипнабельность становится подконтрольной пациенту и в общем снижается. Всем нашим пациентам, обратившимся с просьбой о том, чтобы они смогли посмотреть представления эстрадного гипноза из зала (ибо, с их слов, ранее они всегда оказывались на сцене и амнезировали все представление), нам удалось совместными усилиями реализовать их установку.

Литература

1. Prostimolotov V. F. Priem suggestivnogo provotsirovaniya nevroticheskikh simptomov [Admission to provoke neurotic symptoms suggestive]. Razmyshlenie o psikhoterapii: monografiya, Odessa, VMV Publ., 2013, 352 p., pp. 249-252. (In Russ.)
2. Prostimolotov V. F. Klassicheskiy metod «Psikhoterapiyanakontakte» v professional'nomi empiricheskom ispolnenii [The classical method of «Psychotherapy on track» in professional and empirical performance]. Zhurn. psikhologii, nevrologii i meditsinskoj psikhologii, Kharkov, 2014, no. 1, pp. 25-35. (In Russ.)
3. Apter I. M. Vozrazheniya na stat'yu Rozhnova i Burno [Objections to the article Rozhnova and Burno]. Zhurn. nevropat. i psikhiat. im. S. S. Korsakova, 1976, no. 9, pp. 1408-1409. (In Russ.)
4. Rozhnov V. E., Burno M. E. Gipnoz kak iskusstvenno vyzvannaya psikhologicheskaya zashchita (klinicheskoe issledovanie istericheskikh i psikha-stenicheskikh besoznatel'nykh mekhanizmov v gipnoze i stressovoy situatsii) [Hypnosis as an artificially induced psychological defense (clinical study of historical and psychasthenic unconscious mechanisms in hypnosis and stress)]. Zhurn. nevropat. i psikhiat. im. S. S. Korsakova, 1976, no. 9, pp. 1406-1408. (In Russ.)
5. Zakharov A. I. Izuchenie fenomena gipnabel'nosti [Studying the phenomenon of hypnotizability Zhurn. Vestnik hypnology and psychotherapy]. Zhurn. Vestnik gipnologii i psikhoterapii, St. Petersburg, 1992, no. 2, pp. 28-30. (In Russ.)
6. Prostimolotov V. F. Gipnoz i ego proizvodnye: metodicheskie rekomendatsii MZ RM [Hypnosis and its derivatives: MOH guidelines PM]. 1998, 32 p. (In Russ.)
7. Pavlov I. P. Dvadtsatiletniy opyt ob'ektivnogo izucheniya vysshey nervnoy deyatel'nosti (povedeniya) zhivotnykh [Twenty Years of Objective Study of Higher Nervous Activity (Behavior) of Animals]. Moscow, Nauka Publ., 1973, 508 p. (In Russ.)
8. Gannushkin P. B. Izbrannyye trudy [The selected works]. Moscow, Meditsina Publ., 1964, 292 p. (In Russ.)
9. Prostimolotov V. F. Priem otoropi [Reception otorop]. Razmyshlenie o psikhoterapii: monografiya, Odessa, VMV Publ., 2013, 352 p., pp. 221-223. (In Russ.)
10. Kue E. Shkola samoobladaniya putem soznatel'nogo samovnusheniya (per. s frants.) [The school self-conscious through self-hypnosis (trans. from French.)]. Nizhny Novgorod, Dom sanprosveta Publ., 1928, 71 p. (In Russ.)

НОВИЙ ІНТЕГРАТИВНИЙ МЕТОД ПСИХОТЕРАПІЇ «ЩЕПЛЕННЯ ПРОТИ СУГЕСТІЇ»

В.Ф.Простомолотов
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Анотація. Відомо, особливо досвідченим психотерапевтам та наркологам, що знайдена у пацієнтів сугестивність, незважаючи на швидкий ефект у багатьох випадках, зумовлює короткочасний успіх. Податливість негативному зовнішньому або внутрішньому сугестивному впливу велика, а лікар не може бути весь час поряд. Враховуючи це, ми розробили й ефективно використовуємо протягом декількох років метод «Щеплення проти сугестії» у формі двох способів.

Ключові слова: вносна сугестивність, інтегративний, психотерапія, сомнамбулізм.

THE NEW INTEGRATIVE METHOD OF PSYCHOTHERAPY «INOCULATION AGAINST SUGGESTION»

V. F. Prostimolotov
I. I. Mechnikov Odessa national university

Summary. It's known, to particular experienced psychotherapist and narcologist, what exposing at patients high suggestibility predetermines in many cases, in spite of rapid effect, of short duration success of medical. The complaisance to negative external or internal suggestibility influence is heightened, but doctor cannot be permanent near. We devise and effectively employ about many years the method "Inoculation against suggestion" in form of two modes, when take that into account.

Key words: suggestibility, integrative, psychotherapy, somnambulism.