

Лекция №13. Другие направления современной психотерапии (часть 1).

Психотерапия основанная на внушении и самовнушении.

Суггестивная психотерапия.

Суггестивные (основанные на внушении) техники, вероятно, самый древний и длительный вид психотерапевтического воздействия в истории человечества. Можно логично предполагать, что весь, так называемый, донаучный период развития психотерапии в значительной степени основывался на внушении и самовнушении.

Начало научного периода, связанное с именем Месмера и его теорией «магнетизма», а также Фрейда с техникой гипнокатарсиса, также напрямую обусловлено явлением транса, гипноза, внушения.

За прошедшее время гипносуггестивный подход прошел сложный и противоречивый период развития сохраняя множество нерешенных вопросов и проблем, а также искаженных представлений о своей сути. Даже среди представителей профессионального сообщества он порой «окутан налетом таинственности» и неуместного мистицизма. Однако, в практике современной психотерапии гипносуггестивный подход продолжает играть очень важное значение.

Суггестивные техники обозначают такие разновидности психотерапевтического вмешательства, при которых используют внушение (суггестию).

Внушение представляет собой имплантацию психических состояний без участия воли и ясного сознания реципиента и рассматривается как крайне мощный фактор воздействия на поведение, на течение нервно-психических и соматических процессов.

При внушении имплантация (подача, привитие) информации и др. психических феноменов (ощущений, представлений, эмоциональных состояний и волевых побуждений) происходит без активного участия пациента, без критической оценки, без логической переработки воспринимаемого.

Различают собственно внушение (гетеросуггестию), производимое другим лицом, и самовнушение (аутосуггестию: самовнушение по Э. Куэ, В.М. Бехтереву; аутогенная тренировка по И. Шульцу и др.)

Внушение, вызванное каким-либо процессом, действием называется реальным, вызванное же с помощью слов вербальным.

Различают также прямое внушение и опосредованное некоторым предметом — косвенное (является основой опосредующей и потенцирующей психотерапии).

В терапевтических целях внушение может проводиться в бодрствующем состоянии, в гипнотическом (гипнотерапия), а также при неглубоком естественном и наркотическом сне.

Эффективность внушения основана на эксплуатации аффекта, позволяющего внушающему (суггестору) обойти сознание (резкое преобладание эмоций над критическим мышлением) или на систематическом подавлении воли реципиента (суггеренда), когда снижается его способность к критическому анализу подаваемой в процессе внушения информации и, соответственно, повышается внушаемость.

Факторы, влияющие на внушаемость (эффективность внушения) могут быть связаны с психофизиологически, психоэмоциональными особенностями текущего состояния, личностными характеристиками внушаемого и внушающего, контекстными обстоятельствами (условиями) внушения.

Внушаемость повышается в измененных состояниях сознания (просоночное состояние, гипноз), а также при состояниях, сопровождающихся выраженной астенизацией, в условиях стресса — в ситуациях с повышенной неопределенностью, при явной угрозе, в толпе или группе, при длительном воздействии монотонных раздражителей, при воздействии неожиданного раздражителя или при внезапном изменении ситуации.

Способность к критическому анализу информации обычно понижена (и, соответственно, повышена внушаемость) у лиц с выраженными истероидными чертами, страдающих алкоголизмом, несколько меньше — у лиц с наркотической зависимостью, у лиц со сниженной самооценкой, эмоциональной, социальной и интеллектуальной незрелостью, а также у детей, солдат и спортсменов, привыкших к подчинению внешней дисциплине.

Степень реализации внушения определяется также такими особенностями личности пациента, как выраженность «магического» настроения, веры в возможность влияния одних людей на других с помощью неизвестных науке средств и способов.

Эффект внушения на пациента тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение. На внушении во многом основано влияние родителей на детей, учителя на учеников, начальника на подчиненных.

Косвенное внушение является основой известного плацебо-эффекта: применение биологически сравнительно нейтрального вещества может приводить к выраженному терапевтическому результату, если оно сопровождается внушением об ожидаемой эффективности назначенного препарата. Различные варианты методик группы «маска» являются хорошим наглядным примером симптомо-ориентированных методов.

Известно, что тщательное соблюдение ритуала при назначении банальных лекарств, сопровождение выдачи рецепта подробными и обстоятельными указаниями на порядок приема лекарства и ожидаемые эффекты значительно повышают эффективность лекарственной терапии.

Внушение в состоянии бодрствования, в принципе, сопровождает любое психотерапевтическое вмешательство. В техническом смысле оно показано при любых формах расстройств невротического уровня, как дополнительное средство при коррекции неадаптивного поведения, особенно у детей и у лиц с повышенной внушаемостью.

Возможно применение повторения формулы внушения несколько раз в не вызывающем сомнений тоне, допустимо сопровождать произнесение формулы прикосновениями, фиксирующими внимание пациента на факте или содержании формулы внушения.

Аутосуггестивные техники

Аутосуггестия по Э. Куэ (E. Coie)(1911) является одной из первых специально разработанных и широко применявшихся техник самовнушения. Главный тезис «неонансийской школы» Э. Куэ, наследующей традиции его учителей из Нанси А. Льебо (A A. *Liebault*) и И. Бернгейма (*H. Bernheim*), состоял в том, что нет внушения, есть только самовнушение.

Технически Э. Куэ рекомендовал внушать себе: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше, лучше» — «*Day by day, in every way I am getting better, better*». Формула самовнушения должна быть правильно составлена (четкая, конкретная, немногословная в удобной форме, например, стихотворной). Внушение должно производиться без раздумий, волевых усилий, машинально, при просыпании и перед отходом ко сну. Важно не «вдалбливать» в себя текст, а «предаваться» ему. При мысленном автоматическом повторении одних и тех же фраз осуществляется мощное воздействие на «бессознательное», которое осуществляет непосредственное управление телесными процессами.

Самовнушение по В.М. Бехтереву

Самовнушение по В.М. Бехтереву (1890) представляет собой аутосуггестию в состоянии легкого гипнотического сна. Пациент, погруженный в это состояние, трижды произносит формулу самовнушения. В дни между сеансами он должен систематически повторять формулу внушения.

Позднее В.М. Бехтеревым была описана техника аутосуггестии непосредственно перед естественным сном или сразу после пробуждения. Формула аутосуггестии произносится от первого лица в настоящем времени. В.М. Бехтерев полагал, что указанные техники могут быть эффективными не только в качестве вспомогательных методов, но и самостоятельно.

Самовнушение по В.М. Бехтереву считается эффективным при неврастении, истерии, затяжных постинфекционных астенических состояниях.

Аутогенная тренировка И. Шульца (J.H. Schultz)

Аутогенная тренировка — один из наиболее разработанных вариантов аутосуггестии, предложенный И. Шульцем (1932). Аутогенная тренировка направлена на преодоление пассивности пациента и его зависимости от врача, характерные для гипносуггестивных техник. Основой успешного применения аутогенной тренировки является собственная активность пациента.

Выделяют две ступени аутогенной тренировки по И. Шульцу.

На первой ступени происходит обучение мышечной релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания.

В процессе обучения пациент осваивает 6 базовых упражнений, включающих повторение формул аутосуггестии. На освоение отдельного упражнения уходит около 2 недель, весь курс первой ступени занимает около 3 месяцев. Форма проведения занятий групповая. Занятия проводятся в среднем 1 раз в неделю в течение 25 минут. Ежедневные самостоятельные тренировки пациентов проводятся по схеме Э. Куэ с использованием формулы самовнушения.

Высшая ступень аутогенной тренировки называется И. Шульцем аутогенной медитацией. В результате ее освоения пациент должен научиться вызывать сложные переживания, приводящие к аутогенной нейтрализации негативного опыта. В процессе освоения аутогенной медитации пациент учится удерживать состояние аутогенного погружения в течение длительного времени, вызывая все более сложные и богато визуализированные образы.

По мере совершенствования медитативного навыка первоначально аффективно значимые для пациента образы становятся одновременно точнее и менее эмоционально нагруженными. Таким образом они претерпевают аутогенную нейтрализацию. В конце курса пациент становится способным задать вопрос самому себе и услышать «ответ бессознательного» — устанавливать диалог с ним, встретиться с потоком образов, моделирующих значимые для него ситуации. Таким юнгианским путем возможно достижение катарсиса и, соответственно, терапевтического эффекта.

Аутогенная тренировка по И. Шульцу эффективна при невротических, психосоматических расстройствах и заболеваниях. По сравнению с гипнотерапией аутогенная тренировка менее эффективна при истерических состояниях. Несомненную ценность она приобретает при обсессивно-фобических расстройствах. Наблюдались случаи, при которых аутогенная тренировка давала неожиданно хороший результат при психастенических расстройствах с преобладанием в структуре состояния тревожно-мнительных расстройств. Известна неэффективность аутогенной тренировки при ипохондрических расстройствах.

При реабилитации участников боевых действий, профилактической работе с лицами, связанными с экстремальными видами деятельности — это, до недавнего времени, был один из самых востребованных методов.

В соматической клинике аутогенная тренировка хорошо зарекомендовала себя как вспомогательное средство лечения патологических состояний с преобладанием симпатических реакций над парасимпатическими.

В модификации К. И. Мировского и А. Н. Шогама (1963) (отсутствие формул мышечной релаксации, применение формул мускульной мобилизации) аутогенная тренировка может быть использована для астенизированных пациентов и пациентов с артериальной гипотензией.

Аутогенная тренировка противопоказана при бредовых состояниях, острых соматических заболеваниях, лихорадочных состояниях.

Гипносуггестивные техники

Гипносуггестивные техники предполагают суггестию (внушение) в состоянии гипнотического транса.

Под гипнозом, по мнению В.М. Бехтерева, следует понимать искусственно вызванный видоизмененный сон при сохранении раппорта — контакта с гипнотизером. Особое состояние пассивности у загипнотизированного обеспечивает высокую эффективность внушения.

Это особое, измененное состояние сознания, проявляющееся автоматическим исполнением сложных поведенческих актов, сопровождающееся утратой ориентировки в ситуации и без осознания целей собственных действий, называют трансом различной глубины.

До настоящего времени не существует теорий, дающих исчерпывающие объяснения феномену гипноза (транса), этиологии его возникновения, механизмов действия. Нет полного согласия между специалистами по поводу его роли и значения для психотерапии.

В частности, некоторые отрицают его самостоятельную лечебную функцию, видя его ценность только как инструмента, повышающего восприимчивость к суггестии, т.е. внушаемость, другие — отмечая, что явления внушения и транса часто переплетаются, считают целесообразным использовать термин гипносуггестивная психотерапия. Третьи, преимущественно использующие современные трансовые технологии, в частности эриксоновский гипноз, или классические варианты гипноза разной глубины (например, Бурно М.Е.) подчеркивают самостоятельную целебную роль транса.

Обобщая, можно отметить некоторые важные для психотерапии аспекты трансовых методов, т.е. психотерапевтических приемов, использующих измененные (расщепленные) состояния сознания в лечебных и/или профилактических целях.

Утилизироваться могут спонтанные трансовые состояния (самовнушение по Куэ), искусственно вызванные самим индивидом (аутогенная тренировка, медитация) или наведенные психотерапевтом (гипноз, эриксоновский гипноз, нейролингвистическое программирование, методики визуализации), в том числе и с помощью психоделических

психофармакологических препаратов (наркопсихотерапия, психоделическая психотерапия).

Трансовые расщепленные состояния сознания могут целенаправленно создаваться как подготовительный шаг для последующего психокоррекционного вмешательства (гипноз), либо могут являться «сопутствующим продуктом» психотерапевтических приемов (приемы визуализации, арт-терапии, некоторые упражнения из гештальт-терапии).

Состояния транса повышают доступ к неосознаваемой информации, интенсифицируют интуитивные (ранее неосознаваемые) формы познания мира и переработки информации, прерывают старые и формируют новые условные связи. Возможности, открываемые трансовыми состояниями сознания, могут использоваться для самопознания (медитация), самовнушения или лечебного внушения психотерапевта, перепрограммирования, активизации саногенных ресурсов пациента.

Известны коллективные формы применения трансовых методов, но в последние десятилетия подчеркивается большая эффективность их применения в индивидуальной психотерапии.

Собственно термин «гипноз» был предложен английским хирургом Дж. Брейдом (*J. Braid*, 1843). Гипноз рассматривался Дж. Брейдом как особый вид сна, наступающий в результате утомления взора и внимания. Используя внушение в гипнотическом состоянии, Дж. Брейд практиковал лечение истерических параличей и конвульсий.

Однако сознательное терапевтическое применение гипноза началось несколько раньше появления термина и связано с именем Ф.А. Месмера. Он полагал, что патологические изменения в организме являются следствием недостатка некоторого «универсального магнетического флюида». Восполнение недостатка флюида наступало в результате прикосновения к пациентам особо одаренной личности, обладающей способностью накапливать флюид и отдавать его.

Момент физического контакта врача и пациента Ф. Месмер обозначил термином «раппорт». Процесс передачи флюида сопровождался особым состоянием — трансом.

Следует отметить, что, помимо успешного использования наведенного транса в терапевтических целях, Ф. Месмер фактически положил начало использованию «группового фактора» в терапии: сеансы Ф. Месмера имели групповую форму.

Французская академия и Королевское медицинское общество, рассмотрев (в 1774 г.) практику Ф. Месмера, решили, что лечебный эффект достигался в результате не физиологического воздействия, обусловленного «магнетическим флюидом», а опосредовался воображением участников лечения. Месмер после такого официального вердикта был вынужден покинуть свое поприще и умер в неизвестности. Однако, с тех пор проблем с пониманием гипноза не становится меньше.

Вероятно, в практических целях следовало бы согласиться с одной из психоаналитических версий объяснения феномена гипноза. По мнению психоаналитически ориентированных исследователей, гипноз представляет собой подчинение врачу-гипнотизеру, освобождающее пациента от власти собственного «Супер-эго». Такое освобождение ценой капитуляции дает пациенту возможность эффективной регрессии, избавляющей пациента от необходимости ответственности за изменения, происходящие в процессе терапии.

Процесс гипнотерапии

Процесс гипнотерапевтического лечения можно разделить на несколько этапов.

На подготовительном этапе проводится предварительная беседа с пациентом. Цель беседы — разъяснить пациенту сущность и особенности гипнотерапии. Следует стремиться к устранению распространенных предрассудков и опасений пациента в отношении гипноза. Необходимо разъяснить пациенту, что гипноз является непатологическим психическим состоянием, сходным с тем, которое появляется при засыпании и просыпании, но при этом речевой контакт между психотерапевтом и пациентом сохраняется, и он слышит психотерапевта, может говорить и отвечать на вопросы. Необходимо добиться устранения зачастую встречающихся представлений о «необычайной глубине гипноза», которую многие считают необходимым условием успешной гипнотерапевтической работы, об особых ощущениях, которые якобы должны появиться у пациента в состоянии глубокого гипноза.

Следует показать, что гипноз представляет собой динамическое состояние, меняющееся от простой мышечной релаксации до глубокого сомнамбулизма. В зависимости от особенностей пациента и терапевтической задачи, гипнотическое вмешательство может осуществляться и без достижения сомнамбулической стадии гипноза. Существует мнение (А. Форель (A. Forel, 1919), что практически все пациенты (около 90%) поддаются гипнозу, но на разной глубине и разными техниками, а также у того или иного врача, и неудача у одного гипнотерапевта не означает гарантированного неуспеха у другого.

Целесообразно проведение тестов внушаемости, которые не только дают психотерапевту представление о способности пациента погружаться в гипноз — гипнабельности, но, по существу, демонстрируют ее самому пациенту.

Выполнение тестов внушаемости может предшествовать переходу к собственно этапу индукции гипнотического транса. Обязательно следует разъяснить пациенту, что в состоянии гипноза невозможно внушить человеку ничего, что могла бы противоречить его моральным принципам.

На втором этапе проводят собственно гипнотизация.

В настоящее время насчитывается около 100 техник индукции гипнотического транса. В гипносуггестивной практике обычно применяются две группы техник: воздействие многократно повторяющимися монотонными раздражителями и так называемые «шоковые» методы, при которых гипноз вызывается действием внезапного сильного раздражителя в сочетании с категорическим приказом, например, «Спать!».

Некоторые техники гипнотизации

Техника спокойной гипнотизации (С. И. Консторум, 1959) предполагает снятие сознательного сопротивления пациента его «убаюкиванием». Психодинамически ориентированный психотерапевт сказал бы, что в этом случае пациенту предоставляется возможность благоприятной регрессии, а гипнотерапевт идентифицируется с материнской фигурой.

Спокойная гипнотизация предполагает, протяжный, монотонный голос гипнотерапевта, отсутствие в его командах аффективно насыщенных образов. Возможно достичь «убаюкивания» звуком мерных шагов гипнотерапевта, фиксацией внимания пациента на тикании часов в гипнотарии, на равномерный шум за окном, и т.д. Следует обращать внимание пациента на изменения в его состоянии, происходящие помимо внушения — расслабленное положение пациента на кушетке наступает физиологически закономерно, однако гипнотерапевт внушает ему состояние релаксации.

В технике И. Бернгейма внимание пациента специально фиксируется на утомлении взора, при этом детально описываются ощущения, характерные для этого состояния, переходя к описаниям того, что человек обычно ощущает, когда наступает сон. При необходимости гипнотерапевт закрывает глаза пациента и некоторое время удерживает его веки закрытыми, одновременно приказывая: «Спать!». По справедливому мнению И. Бернгейма, пациенту внушается образ сна.

Метод шокового погружения Ж. Шарко (в варианте А.М. Свядоща) заключается в том, что гипнотерапевт внезапным давлением на лоб пациента резко опускает его в кресло или на кушетку, находящуюся сзади пациента, и громко приказывает: «Спать! Спать глубже, глубже и глубже». Иногда приказ гипнотерапевта сопровождают внезапным сильным звуком или вспышкой света.

Следует, однако, обязательно продемонстрировать пациенту свою поддержку, сказав: «Вы не бойтесь упасть. Я Вас держу» и поддерживать пациента в начале гипнотизации.

Техника фракционного гипноза О. Фогта — Э. Кречмера (O. Vogt, E. Kretschmer) обычно применяется в тех случаях, когда у гипнотерапевта нет уверенности в быстром и эффективном погружении пациента в гипноз. В этом случае пациента сначала погружают в неглубокий гипноз, а после пробуждения просят рассказать о своих ощущениях во время

гипнотизирования. Затем приступают к повторному гипнотизированию, учитывая при индукции гипнотического транса результаты расспроса пациента. Циклы повторяются каждые 3-5 минут.

Стадии гипноза

По признаку глубины принято выделять три стадии гипноза:

1) Легкий гипноз.

Пациент ощущает приятную расслабленность, тяжесть и тепло во всем теле. Дыхание ровное, спокойное. Слова гипнотерапевта слышатся ясно, прочие раздражители не привлекают внимания. Внушаемость обычно повышена, подчиняемости нет. Пациент может, сделав усилие, открыть глаза, встать и уйти.

2) Средний гипноз (гипотаксия).

Сознание пациента по-прежнему ясное, внушить галлюцинации обычно не удается. Чувство тяжести, тепла в теле сменяется чувством легкости, невесомости. При этом пациент нередко не может ответить, как расположены в пространстве его руки, все тело. Появляется частичная подчиняемость: возможно внушением запретить загипнотизированному какое-либо сознательное движение, но нельзя его вызвать.

3) Глубокий гипноз (сомнамбулизм).

Характеризуется нарушением ориентировки и полной постгипнотической амнезией. Сомнамбулическая подчиняемость полная, можно не только запретить какие-то движения, но и вызвать их внушением.

Суггестия в гипнотическом трансе.

Терапевтическая эффективность внушения в гипнозе не зависит от глубины гипнотического транса, зачастую более выраженный эффект достигается суггестией на стадии легкой гипнотической сонливости.

Формула гипнотического внушения представляет собой законченное семантическое построение, сообщающее образ требуемого состояния или действия пациента. Формула конкретизируется в зависимости от терапевтической задачи, этапа психотерапии, особенностей личности пациента.

Третий этап – дегипнотизация.

На этапе вывода из гипнотического состояния — дегипнотизации — закрепляют достигнутые позитивные изменения в состоянии пациента; зачастую проводится внушение повышения гипнабельности пациента для последующих сеансов.

Показания к гипнопсихотерапии

Частым показанием к гипнопсихотерапии являются конверсионные истерические состояния, преимущественно с моносимптомами. При использовании гипносуггестии в психотерапии obsessions и фобий можно добиться успокоения пациентов и обеспечить позитивную настроенность на

продолжение лечения. Существуют сообщения об успешности применения гипносуггестотерапии при психогенных депрессиях, однако достижение достаточной терапевтической глубины в этом случае представляется сомнительным. Положительные результаты при применении гипнотических техник для лечения лиц с алкогольной зависимостью заслуживают большего доверия, чем сообщения об успешности применения гипнотерапии для лечения лиц с наркотической зависимостью.

Возможно и целесообразно применение гипнотерапевтических техник при сопровождении психосоматических пациентов для снятия аффективной напряженности, формирования позитивного отношения к базовой терапии. Достаточно успешно применение гипноза для ведения пациентов с кардионевротическими тахикардиями (при наличии в анамнезе или в текущем состоянии брадикардий возможность применения гипноза следует рассматривать с осторожностью!), артериальной гипертензии, в сочетании с медикаментозной терапией — для купирования и предупреждения приступов бронхиальной астмы, при язвенной болезни.

Достаточно результативен гипноз в дерматологической практике, в невропатологической практике при ведении хронических болевых синдромов. Хорошо известна эффективность гипноза в анестезиологии.

Осложнения и побочные эффекты при гипнотизации

Считается, что осложнения при гипнотизации, при условии ее технически правильного проведения, крайне редки. Тем не менее, они встречаются и связаны как с недостаточной технической подготовкой врача-гипнотерапевта, так и с нераспознанными особенностями личности пациента.

Не является осложнением нестойкая артериальная гипотензия после сеанса гипноза, особенно ортостатическая. Также не является осложнением гипнотизации переход гипнотического состояния в естественный сон. Факторами, повышающими вероятность такого развития событий, являются, главным образом, разнообразные органические поражения головного мозга у пациента. В этом случае рекомендуется либо окончить сеанс, либо разбудить пациента и начать гипнотизацию сначала.

Реже встречается спонтанный катарсис, который представляет собой не всегда желательное явление при гипнотизации, проявляющееся во внезапной актуализации психотравмирующих переживаний во время гипнотического транса. Если целью терапевтического вмешательства не является достижение катарсиса в гипнотическом состоянии, то рекомендуется попытаться подавить такую реакцию пациента прямым приказом успокоиться и продолжать спать.

Также редко, преимущественно у истерических больных, наблюдается переход гипнотического транса в истерический ступор — в этом случае следует либо энергично пробудить пациента, либо подчеркнуто снизить важность происходящего — или, реже, появление истерического гипноида —

истерического припадка во время гипнотического транса. Обыкновенно это происходит в случае, когда сопротивление пациента терапевтическому воздействию крайне велико. В этом случае сеанс следует прекратить и успокоить пациента. Следует также быть готовым к проведению экстренных мероприятий, вплоть до его госпитализации пациента в профильное лечебное учреждение при сохранении сумеречного состояния сознания или формирования истерической летаргии с утратой раппорта и неэффективностью собственно психотерапевтических мероприятий.

При возникновении спонтанного сомнамбулизма с частичной утратой ориентировки, галлюцинациями, инсценировками, с частичным сохранением контакта, следует присоединиться к пациенту, используя его поведение и речевую продукцию, пытаюсь, например, вступить с ним в контакт от имени другого лица, с которым пытается общаться галлюцинирующий пациент. В этом случае возможно перевести спонтанный сомнамбулический эпизод в управляемый.

Гипномания представляет собой серьезную разновидность побочных эффектов гипнопсихотерапии. На фоне улучшения общего состояния у пациентов, наряду с усилением гетерогенной внушаемости, возникает стойкое желание вновь испытать гипнотическое состояние; упоминание о прекращении курса гипнотерапии вызывает резкое ухудшение состояния пациента. Состояние требует динамического наблюдения.

Частым побочным результатом курса гипнопсихотерапии является гипнозофилия — стремление получать только гипнопсихотерапевтическую помощь в сочетании с отказом от адекватной общей терапии.

Противопоказания к гипнопсихотерапии

Гипноз противопоказан при психотических состояниях, прежде всего с бредом воздействия или отношения; при выраженной дебильности; при опасности развития эпилептических припадков во время гипнотизации; при острых заболеваниях с лихорадкой и интоксикацией; при острых кардиальных и сосудистых синдромах; при болевых синдромах неясной этиологии.

Противопоказано лечение гипнозом лицам с гипноманией; не рекомендуется повторные сеансы гипноза при наличии у пациента выраженного положительного трансфера.

Гипноз не показан при нежелании пациента подвергаться гипнотизации, равно как и при повышенном, напряженном интересе к гипнозу, и вообще при выраженном состоянии возбуждения. С осторожностью следует прибегать к гипнотерапии при выраженной астенизации пациента или в старческом возрасте.

Гипнопсихотерапевтический сеттинг

Оборудование помещения для гипнотизации (гипнотария) должно соответствовать определенным требованиям. Гипнотарий должен быть достаточно просторны (30-40 м²), звукоизолированным, хорошо вентилируемым. Гипнотарий оборудуется кушетками или креслами, источниками слабых звуковых и световых раздражителей, магнитофоном с записями тихой успокаивающей музыки, шума дождя или морского прибоя. Освещение должно быть достаточным для того, чтобы врач-гипнотерапевт мог наблюдать за поведением, дыханием, мимикой каждого пациента.