

ОСОБЕННОСТИ ГИПНОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Николаенко С.А.

Сумской государственной педагогический университет
имени А.С.Макаренко

В современной психотерапии на первый план выходят краткосрочные методы терапии. Гипнотерапия является одним из наиболее перспективных направлений краткосрочной психотерапии ПТСР. В статье реализован симптоматический подход к гипнотерапии посттравматического стрессового расстройства. Выявлены адекватные методы гипнотерапии для работы со специфическими группами симптомов в структуре посттравматического стрессового расстройства. Для этого могут быть использованы методы экспозиционной терапии, систематической десенсибилизации, когнитивной гипнотерапии, гипносуггестивной терапии. **Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, методы гипнотерапии, экспозиционная гипнотерапия, систематическая десенсибилизация, когнитивные методы, пролонгированный гипнотический сон.

Постановка проблемы. Столкновение индивида со смертью или с угрожающей жизненной ситуацией, подверженность серьезной травме или сексуальному насилию создает объективные предпосылки возникновения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войн и других участников военных действий является одним из главных внутренних барьеров на пути их адаптации к мирной жизни. Поэтому значение проблематики ПТСР в условиях современной Украины возрастает как в социальном, так и научном аспектах.

Внедрение современных, общепринятых как за рубежом, так и в Украине диагностических критериев ПТСР по DSM-V – «Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам (пятое издание)» [5] – позволяет конкретизировать решение актуальной проблемы по оказанию необходимой психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи людям с посттравматическим стрессовым расстройством.

Все современные подходы к лечению ПТСР обязательно включают психотерапию. При этом в психотерапии ПТСР наблюдаются растущий запрос на краткосрочные подходы и методы психотерапии. Гипнотерапия является одним из наиболее перспективных направлений краткосрочной психотерапии ПТСР.

Однако при этом не до конца ясно, какие именно конкретные методы гипнотерапии являются наиболее адекватными и эффективными при работе со специфическими группами симптомов в структуре ПТСР (по DSM-V).

Анализ последних исследований и публикаций. В специальной литературе проведены исследования следующих актуальных проблем гипнотерапии ПТСР: 1) эпидемиологии ПТСР (Г.З. Демченкова, Т.Б. Дмитриева, А.Л. Пушкарев и др.); 2) сравнительной эффективности методов гипнотерапии относительно других методов психотерапии ПТСР (Э. Фoa, Т. Кинг, М. Фридман и др.); 3) механизмов гипнотерапии в лечении ПТСР (У. Драйден, Э. Кардена, Х. Мальдонадо, М. Хип, Д. Шпигель и др.); 4) специфических методов гипнотерапии при работе с конкретными симптомами или группами симптомов ПТСР

(А. Алладин, Х. Гибсон, Е. Гордеева, В. Доморацкий, Д. Каменецкий, А. Пушкарев, Д. Томас и др.); 5) особенностей методов гипнотерапии ПТСР при работе со взрослыми и детьми (С. Линн, И. Кириш, К. Иоэнну, Д. Хилгард и др.).

Постановка цели. Основная цель статьи – выявить адекватные и эффективные методы гипнотерапии для работы со специфическими группами симптомов в структуре ПТСР (по DSM-V [5]).

Изложение основного материала исследования. Переходим к выявлению адекватных и эффективных методов гипнотерапии для работы со специфическими группами симптомов в структуре посттравматического стрессового расстройства.

1. В качестве критерия «В» в структуре диагностических критериев ПТСР (по DSM-V) выступает присутствие одного или более из следующих симптомов вторжения, которые развиваются после действия стрессора: 1) периодически повторяющиеся, непроизвольные, навязчивые и тягостные воспоминания о травматическом событии (событиях); 2) диссоциативные реакции (например, флэшбэки, иллюзии и галлюцинации), в которых индивид ощущает себя так, как будто бы это событие (события) повторяется вновь сейчас (эти реакции могут проявляться на границе сознания настоящей действительности и прошлого опыта, а иногда может наступать и полная потеря сознания настоящей действительности); 3) интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматическом событии или символизирующей их; 4) физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события [5].

В составе указанных выше симптомов вторжения особое место занимают флэшбэки (диссоциативные переживания образов прошлого). Они могут возвращаться в течение многих десятилетий после первоначальной травмы и реактивироваться различными ежедневными стимулами и напряженными событиями. При этом флэшбэки связаны с соматическими расстройствами, тревогой, депрессией, параноидальным мышлением и расстройством сна, а также избеганием ситуаций, которые связаны с их проявлением. По-

этому в гипнотерапии ПТСР именно им нужно уделять самое пристальное внимание.

Переходим к анализу особенностей экспозиционной гипнотерапии при работе с флэшбэками и другими симптомами вторжения. С. Линн и И. Кирш отмечают, что травмирующие события приводят к образованию в памяти структур или «цепочек страха», которые активизируются в ответ на напоминание о травме и ведут к актуализации симптоматики ПТСР. Однако в процессе экспозиционной гипнотерапии флэшбэков и других симптомов вторжения клиент получает уникальную возможность проводить в состоянии транса многократный доступ, «перепросмотр» и переработку данных «цепочек страха» [3, с. 231].

В результате экспозиционной гипнотерапии в «цепочках страха» происходят следующие изменения: 1) многократная повторная экспозиция травматических воспоминаний в состоянии транса и в контексте безопасной окружающей среды приводит к десенсибилизации и адаптивным изменениям в структуре его страха; 2) за счет наблюдения того, как в безопасной и управляемой терапевтической обстановке страхи не только вырастают, но и уменьшаются, порождает у клиента обоснованные позитивные самовнушения и ожидания относительно возможности их эффективной саморегуляции и перспектив депотенциализации; 3) повторные экспозиции дают клиенту возможность вносить все новые и новые ресурсы в травматические воспоминания, что позволяет их перерабатывать, изменяя качество собственных эмоциональных реакций в структуре травматических воспоминаний.

В структуре процесса экспозиционной гипнотерапии флэшбэков и других симптомов вторжения различаются следующие этапы: 1) подготовка к экспозиции; 2) введение в экспозицию; 3) поддержка клиента между сеансами введения в повторную экспозицию [3, с. 231-246].

Рассмотрим особенности приемов терапевтической работы на этапе подготовки к экспозиции.

Подготовка клиента к экспозиции в состоянии транса является необходимым этапом потому, что в качестве побочных продуктов экспозиционной терапии могут появиться симптомы отреагирования, тревоги и паники. Поэтому на подготовительном этапе у клиента предварительно отрабатывается следующий набор приемов управления симптомами возможного отреагирования и аффекта на следующем этапе (экспозиции): 1) расслабление клиента по сигналу с использованием индивидуализированных когнитивных и физических якорей; 2) ресурсные внушения типа: «То было тогда, а это – сейчас»; «Вы выжили и вы живы»; «Вы сделали, что могли»; «С вами все будет в порядке»; «Это чувство пройдет»; и «Вы сильный и хороший» и др.; 3) в процессе экспозиции, при необходимости, пациенты должны быть подготовлены к тому, чтобы представить себе комфортное и безопасное место («личное убежище»), чтобы успокоить себя или пробудить приятные и отвлекающие воспоминания, образы и ощущения в разных сенсорных модальностях; 4) возможна отработка приемов визуализация сцен, связанных с чувствами принятия, любви и заботы о другом человеке, с ощущением собственной нужности и компетент-

ности; 5) в случае флэшбэков, связанных с отдаленными по времени событиями, пациенты могут принести на сеанс недавно отчеканенную монету и использовать дату ее изготовления для заземления своего опыта в настоящем и др.

Рассмотрим основные приемы терапевтической работы на этапе введения в экспозицию после погружения клиента в гипнотическое состояние.

Во-первых, основные правила проведения экспозиции заключаются в следующем: 1) прежде чем начать экспозицию, терапевт просит пациента описать событие-адресат с помощью сухих фактов, чтобы проверить его способность описывать то, что произошло, оставаясь относительно спокойным и расслабленным; 2) каждая сцена перед экспозицией должна обсуждаться, и пациент должен решить, в каком темпе следует продолжать и какое количество тревоги он готов вынести, что индексируется с помощью шкалы субъективных единиц дискомфорта (СЕД); рекомендуется начинать со сцен умеренной интенсивности, в диапазоне 4-7 баллов по 10-балльной шкале СЕД; 3) самогипноз и релаксация должны следовать за каждым экспозиционным испытанием, наряду с обсуждением того, насколько расстраивающей была сцена в баллах (по оценке СЕД), какие темы проявлялись (например, потеря, гнев, страх смерти, вина) и как этот случай может послужить источником информации относительно того, как справляться со страхом; 4) рекомендуется продолжать экспозицию в темпе, который могут выдержать пациенты как физически (в терминах уровня возбуждения), та и эмоционально (в терминах ощущения владения собой и без переполнения чувствами); 5) если оценки СЕД указывают на уровень напряжения выше пяти или шести баллов или пациенты выглядят явно взволнованными после того, как были проведены самогипноз и процедуры релаксации, необходимо специально спросить, хотят ли пациенты продолжать экспозицию или хотят сделать передышку и обсудить оставшуюся у них тревогу.

Во-вторых, основные указания, которые стимулируют переработку симптомов вторжения во время экспозиции в трансе, направлены на актуализацию следующих ресурсов клиентов: 1) чтобы их внутреннее Я наблюдало за событиями с некоторого расстояния или с другой перспективной или мысленной точки зрения; 2) чтобы остановить движение мысленной ленты, заставить ее двигаться в обратную сторону с разных мест, затем быстро вперед и дать сцене другое окончание; 3) чтобы наблюдать за событиями с точки зрения беспристрастного наблюдателя перед входением в сцену; 4) чтобы заставить сцену стать более яркой, более тусклой или размытой; 5) чтобы изменить особенности ключевых угрожающих фигур так, чтобы нейтрализовать их угрожающие аспекты; 6) чтобы останавливать и неоднократно запускать ленту «перепросмотра»; 7) чтобы реструктурировать память до тех пор, пока не появятся другие чувства, или активно культивировать их (например, стеническое чувство гнева против астенического чувства страха) во время наблюдения за лентой «перепросмотра»; 8) чтобы двигаться назад-вперед между травматическим инцидентом и памятью о нем,

когда пациент почувствовал бы, что достаточно владеет собой, защищен и в безопасности; 9) чтобы «держаться» беспокоящие воспоминания между сессиями в «особом месте» своей памяти (архивном ящике, запортом сейфа или в специальном помещении-хранилище).

Рассмотрим особенности некоторых методик терапевтической работы на этапе поддержки клиента между сеансами введения в экспозицию.

Методика «Планируемые периоды негативных флэшбэков». В этой методике заранее планируется время, когда пациенту нужно будет войти в самогипноз, оживить событие за время около 20 минут (отмеченных таймером или будильником) и в конце периода достичь состояния глубокого расслабления и спокойствия. Каждый день следует планировать по два таких периода, при этом второй период должен длиться в два раза меньше, чем первый – не более, чем 5-10 минут. Каждый день, по крайней мере в течение недели, первый, более длительный период нужно уменьшать на две минуты, позволяя пациенту почувствовать, что он управляет своей памятью, которая становится все более и более сжатой и ограниченной за время испытаний.

Методика «Спонтанные периоды позитивных флэшбэков». В рамках данной методики можно сделать постгипнотические внушения, чтобы у пациентов после проведения экспозиции спонтанно возникали позитивные флэшбэки, в которых они очень ярко и подробно вспоминали бы самые лучшие события своей жизни. Такие воспоминания из прошлого убеждают пациентов в том, что они смогут достичь психического равновесия в настоящем и будущем.

Методика «Прогрессия возраста». Гипнотический феномен возрастной регрессии можно вызвать у большинства пациентов, делая им внушение идти вперед по дороге к восстановлению, к тому времени, когда воспоминания уже переработаны и больше их не мучают. Необходимо инструктировать пациентов замечать все, даже небольшие позитивные изменения в мыслях, чувствах и действиях, которые происходят по дороге, и отмечать то, как они смогли достичь этих изменений. Затем эти ресурсы можно включать в последующие сеансы экспозиции.

Методика «Регрессия возраста». Гипнотический феномен возрастной регрессии облегчает доступ к радостным временам детства и может стать противоводом от отчаяния, в котором пациенты забыли, что когда-то раньше они переживали моменты счастья и удовлетворения, до того как травматическое событие перевернуло их жизнь с ног на голову. Можно также регрессировать то время, когда пациент чувствовал себя сильным, уверенным и находчивым, и при необходимости дать инструкцию на усиление и использование этих чувств в настоящем. Напоминание о более счастливых днях в сочетании с прогрессией возраста ко времени, когда событие «уже успешно переработано», можно использовать для дальнейшей переработки травматических воспоминаний и добиться позитивных терапевтических результатов.

2. В качестве критерия «С» в структуре диагностических критериев ПТСР (по DSM-V) выступает постоянное избегание стимулов, кото-

рые ассоциируются с травматическим событием (событиями). Данное избегание начинается после возникновения травматической ситуации и подтверждается либо одним, либо двумя признаками: 1) избегание либо попытки избежать неприятных воспоминаний, мыслей, чувств о травматическом событии, либо неприятных воспоминаний, мыслей, чувств, которые тесно ассоциируются с травматическим событием; 2) избегание либо попытки избежать внешних стимулов (людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций), которые вызывают тревожные воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии либо воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующиеся с ним [5].

С нашей точки зрения, в указанных выше симптомах ПТСР зафиксировано следующее: 1) под влиянием травматических событий у индивида формируется и закрепляется такая разновидность условных рефлексов, в структуре которых различаются, с одной стороны, определенные стимулы (внутренние – воспоминания, мысли, чувства или внешние – люди, места, разговоры, действия, объекты, ситуации), а с другой – определенные негативные психологические реакции, связанные с тревогой (тревожные воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии либо воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующиеся с травматическим событием); 2) с целью контроля указанных выше условных рефлексов индивид целенаправленно или интуитивно реализует стратегию их избегания. Фактически речь идет о том, что человек старается «обойти стороной» определенные внешние и/или внутренние стимулы, которые могут пробудить у него тревожные психологические реакции.

Рассмотрим некоторые клинически апробированные методы переработки и трансформации таких условных рефлексов, в структуре которых реакция на тот или иной стимул (внутренний, внешний) выступает в форме негативного психологического переживания, включающего в себя тревогу.

Для начала отметим, что Д. Вольпе определяет невротическое поведение как закрепившуюся привычку неадаптивного поведения, приобретенного в результате научения. При этом тревога определяется автором как один из аспектов реакции в структуре условного рефлекса, а именно – как стойкий ответ автономной нервной системы, приобретенный в процессе классического обусловливания [4, с. 147].

В процессе психотерапии невротической привычки неадаптивного поведения, Д. Вольпе широко использует принцип реципрокного торможения. Сущность последнего заключается в том, чтобы одновременно со стимулом (триггером), который до сих пор запускал негативную психологическую реакцию, вызвать у пациента несовместимую с ней позитивную психологическую реакцию. В результате «сшибки» альтернативных реакций возникает «эффект противообусловливания», когда позитивная психологическая реакция, несовместимая с тревогой, погашает последнюю. При этом, как показал опыт Д. Вольпе, условная связь между первоначальным стимулом (триггером), запускавшим у пациента тревогу, и ответной негативной реакцией тревоги ослабевает.

С нашей точки зрения, в результате успешного применения техники реципрокного торможения к условным рефлексам в структуре ПТСР (по критерию «С») в конечном счете будет терять свою актуальность и стратегия постоянного избегания стимулов, которые ассоциируются у клиента с травматическим событием (событиями). Эти стимулы ему уже не нужно будет избегать потому, что произойдет их переформирование, изменение сигнальной функции, и в качестве реакции они будут вызывать не тревогу, а нейтральные психологические переживания.

Как показала терапевтическая практика Д. Вольпе, самым действенным антагонистом в устранении автономных реакций тревоги в структуре негативного условного рефлекса (невротической привычке неадаптивного поведения) оказалось психическое состояние спокойствия, которое формировалось при погружении клиента в гипнотический транс на основе техники мышечной релаксации. Так, Д. Вольпе 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» [Цит. по 1, с. 57].

Х.Б. Гибсон также отмечал, «что только в том случае, когда мы индуцировали гипноз как тем, что научили пациента полностью расслабляться, так и использованием образов, подходящих ему индивидуально, достигается подлинное и необходимое изменение состояния сознания, исключающее тревогу. Мышечное расслабление является средством введения в гипноз, но не конечной целью» [1, с. 58].

С. Рахман подчеркнул, что благодаря гипнозу поддерживается не столько физическое состояние релаксации, сколько психическое состояние спокойствия клиента, которое и является подлинным психологическим ресурсом в реципрокном торможении тревоги. В частности, он отмечал, что в процессе систематической десенсибилизации тревоги «важна не физическая, а душевная релаксация, насколько спокойно чувствует себя пациент» [1, с. 57].

Одной из наиболее эффективных процедур, в которой реализуется принцип реципрокного торможения при работе с негативными условными рефлексам, стал «метод систематической десенсибилизации». Сущность метода систематической десенсибилизации состоит в том, что проводится сочетание, с одной стороны, психического состояния спокойствия клиента, погруженного в гипноз с помощью мышечной релаксации, а с другой – стимула, который в его нынешней жизни вызывает реакцию тревоги или страха.

Рассмотрим некоторые особенности методики систематической десенсибилизации по Д. Вольпе, которую можно применять при симптомах ПТСР по критерию «С» (постоянному избеганию стимулов, которые ассоциируются с травматическим событием).

Первый этап методики систематической десенсибилизации связан с тренировкой умения клиента переходить в состояние гипноза на основе мышечной релаксации. При этом необходимо постоянно помнить, что мышечное расслабление,

по Х.Б. Гибсону, является только средством введения в гипноз, но не конечной целью.

Второй этап методики систематической десенсибилизации направлен на выявление и конструирование иерархии стимулов, ранжированных в соответствии с возрастанием степени тревожности, которую они вызывают. Для каждой группы клиент должен составить список: от самых легких до самых тяжелых стимулов, которые вызывают выраженный страх и которые клиент стремится избежать.

Различают два типа иерархии. В зависимости от того, как представлены элементы-стимулы, вызывающие тревожность, различают: пространственно-временные и тематические иерархии.

В пространственно-временной иерархии представлен один и тот же стимул (предмет, человек, ситуация) в различных временных (отдаленность событий во времени и постепенное приближение времени наступления события) и пространственных (уменьшение расстояния в пространстве) измерениях. То есть при конструировании иерархии пространственно-временного типа создается модель постепенного приближения клиента к вызывающему страх событию или предмету.

В тематической иерархии стимул, вызывающий тревожность, варьируется по физическим свойствам и предметному значению для того, чтобы сконструировать последовательность различных предметов или событий, прогрессивно увеличивающих тревожность, связанных одной проблемной ситуацией. Таким образом, создается модель достаточно широкого круга ситуаций, объединенных общностью переживаний клиентом тревожности и страха при столкновении с ними.

В практической работе со стимулами, которые ассоциируются с травматическим событием (событиями), обычно используются иерархии обоих типов: и пространственно-временного, и тематического. За счет конструирования иерархии стимулов обеспечивается строгая индивидуализация последующей коррекционной программы в соответствии со специфическими проблемами клиентов.

Третий этап методики – это проведение процедуры собственно десенсибилизации, предполагающей сочетание, с одной стороны, стимулов, вызывающих страх, а с другой – «душевной релаксации» (спокойствия) клиента, погруженного в состояние гипноза с помощью мышечной релаксации.

В ходе проведения процедуры десенсибилизации организуется последовательное предъявление клиенту стимулов из выявленной ранее иерархии, начиная с элемента, практически не вызывающего тревожности и заканчивая элементами, вызывающими наибольшее беспокойство. Предъявление последовательности элементов иерархии продолжается до тех пор, пока состояние покоя и отсутствие малейшей тревожности у клиента не будет сохраняться даже при предъявлении высшего элемента иерархии.

В течение одного сеанса перерабатываются 3-4 ситуации из списка. В случае появления выраженной тревоги, не угасающей при повторных предъявлениях ситуаций, возвращаются к предшествующей ситуации. Двигаясь по иерархической шкале, клиент достигает ситуации, вызывающей наибольшую тревогу.

Таким образом, будучи погруженным в гипноз с помощью мышечной релаксации, клиент учится вносить ресурс душевного спокойствия в переживания, которые ассоциируются у него с травматическим событием (событиями).

3. В качестве критерия «D» в структуре диагностических критериев ПТСР (по DSM-V) выступают следующие два или более признака отрицательных изменений когнитивных процессов и настроения, которые возникают после травматического события (событий): 1) невозможность вспомнить важные аспекты травматического события вследствие диссоциативной амнезии (признак обычно не связан с такими факторами как черепно-мозговая травма, употребление алкоголя и других психоактивных веществ); 2) устойчивые и преувеличенные негативные убеждения в отношении себя, других и мира, или постоянные и преувеличенные негативные ожидания от себя, других и мира (например: «Я – плохой», «Никому нельзя верить», «Весь мир опасен», «Моя нервная система полностью разрушена»); 3) устойчивые искаженные суждения о причинах и/или последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других; 4) устойчивые негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд); 5) заметно сниженный интерес к участию в значимых для индивида мероприятиях либо отказ от участия в них; 6) чувство отдаленности (отсутствие эмоциональной вовлеченности) в межличностных отношениях или отчуждения от других; 7) устойчивая неспособность испытывать положительные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь) [5].

С нашей точки зрения, большинство из указанных выше симптомов характерно для униполярного депрессивного расстройства (дистимии или расстройства настроения). Рассмотрим определение и характеристику дистимии. Последняя определяется как «состояние, характеризующееся постоянным и патологическим снижением настроения (чувство тоски, подавленности, уныния) и/или потерей интереса к обычной деятельности, сопровождаемое множеством характерных признаков и симптомов» [1, с. 87].

Дистимия включает в себя изменения в следующих пяти сферах: 1) негативные эмоции (плохое настроение, полное равнодушие к радостям жизни, чувство вины, нервозность, раздражительность, тоска); 2) негативные мысли (негативный взгляд на себя, мир и будущее; нерешительность, самообвинение и ощущение безнадежности и отсутствия смысла); 3) негативные мотивации (потеря интереса, суицидные мысли, социальная пассивность, пренебрежение внешним видом); 4) изменения в поведении (уменьшение поведенческой деятельности, снижение эмоциональной или психомоторной активности); 5) вегетативные изменения (бессонница, потеря аппетита и веса, пониженное либидо, нелокализованные болевые ощущения) [1, с. 87].

Различаются следующие теории дистимии: 1) биохимическая теория; 2) психодинамическая теория; 3) теория приобретенной беспомощности; 4) когнитивная теория; 5) диссоциативная теория.

Особое место в гипнотерапии расстройства настроения занимает диссоциативная теория де-

прессии А. Алладина [1, с. 102-112]. Эта модель именуется так именно потому, что, во-первых, опирается на диссоциативную теорию гипноза и, во-вторых, подразумевает, что неэндогенная униполярная депрессия сама является формой и результатом негативного самогипноза (НСГ).

В диссоциативной теории депрессии подчеркивается, что депрессивные и гипнотические состояния сопровождаются похожими когнитивными процессами. Однако в то же время между когнитивными содержаниями этих двух видов переживаний существуют фундаментальные различия. Негативный самогипноз, по Д.Л. Араозу, включает в себя три гипнотические элемента: 1) некритичное мышление, которое негативным образом активизирует подсознательные процессы; 2) активное негативное воображение; 3) могущественные постгипнотические суггестии в форме негативных утверждений относительно себя и мира.

К счастью, несмотря на то, что «дистимия не поддается химиотерапии, она чувствительна к психотерапии» [1, с. 88]. Для работы с отрицательными изменениями когнитивных процессов и настроения в структуре ПТСР, которые в значительной степени характерны для униполярного депрессивного расстройства (дистимии), могут быть использованы следующие методики гипнотерапии, которые опираются на диссоциативную теорию дистимии [1, с. 94-112].

1. *Методика «Гипноз как релаксирующая процедура».* Гипноз и самогипноз как средство чистой релаксации, может помочь отдельным клиентам с изменениями когнитивных процессов и настроения в структуре ПТСР, хотя простые методы релаксации нельзя эффективно использовать в тяжелых случаях агитации, которую испытывают некоторые больные дистимией.

2. *Методика «Гипнотическая суггестия как средство воздействия на поведение, мысли и чувства».* В рамках данной техники гипнотерапии обычно используется постгипнотическая суггестия для закрепления когнитивных или поведенческих изменений. При этом негативные когниции клиента относительно конкретной ситуации оспариваются и заменяются рациональными идеями: «Когда бы вы ни оказались в подобной ситуации, вам немедленно придут в голову следующие мысли...». В дальнейшем эта суггестия может быть дополнена следующим: 1) повторным воображаемым переживанием одного или нескольких эпизодов, в которых пациент был травмирован, оказавшись в аналогичной ситуации, но на этот раз с использованием позитивных мыслей; 2) таким же повторным проигрыванием будущих действий в ситуации того же типа; 3) для домашних упражнений эти инструкции можно записать на пленку.

3. *Методика «Эго-усиление в гипнозе».* Эго-усиление является методом использования положительного гипнотического переживания для развития у клиента чувства уверенности в себе, оптимизма и улучшенного представления о своей личности. Процедуры гипнотической индукции и эго-усиления могут быть записаны на пленку и ежедневно прослушиваться пациентом.

4. *Методика «Когнитивная гипнотерапия дистимии».* Указанная выше диссоциативная

модель депрессии создает основу для сочетания гипнотических и когнитивно-поведенческих процедур. В структуре курса когнитивной гипнотерапии дистимии различаются следующие компоненты: 1) сбор анамнеза; 2) разъяснение клиенту сущности когнитивно-поведенческой гипнотерапии; 3) тренинг отслеживания и оспаривания дисфункционального и депрессогенного мышления клиента (когнитивное реструктурирование); 4) овладение клиентом копинг-стратегиями при дистимии; 5) формирование у клиента гипнотического транса и проведение и эго-усиливающих внушений; 6) когнитивное реструктурирование с использованием воображаемых эпизодов, представленных пациентом; 7) запись на пленку процедуры формирования у клиента гипнотического транса и эго-усиливающих внушений для ежедневного прослушивания дома [1, с. 107-108].

Разработаны также следующие дополнительные терапевтические процедуры, подключающие воображение клиента.

Процедура «расширения осознания». Пациентам дают постгипнотические суггестии, предполагающие «позитивное фокусирование», и настоятельно рекомендуют им как можно чаще упражняться в таком фокусировании (иными словами, в воображаемом споре с негативными когнициями и переживании положительных последствий этого).

Процедура «индукции включения внимания и позитивного настроения». Чтобы помочь больному с симптомами отрицательных изменений когнитивных процессов и настроения разорвать замкнутый ментальный круг и заменить негативные мысли позитивными переживаниями, ему рекомендуют составить список из 10-15 приятных ощущений и «упражняться в удержании каждого из них в сознании в течение 30 секунд». На первом этапе пациента побуждают упражняться со списком от четырех до пяти раз в день, а затем отключать «от сознания» негативные или «нежелательные» ощущения (когда бы пациент их не испытывал) и заменять их одним из приятных ощущений из списка.

Процедура «активно-интерактивного тренинга». Чтобы помочь индивиду сломать привычку к «пассивной диссоциации» и уходу от окружения и актуализировать «активную ассоциацию» с актуальным окружением, человек должен сначала осознать, что подобный процесс ухода имеет место, а затем активно попытаться его переориентировать. Для этого, как только клиент осознает процесс ухода от актуального окружения, ему рекомендуют отвлечься от «негативных якорей», запускающих «пассивную диссоциации» и активно обратиться к «позитивным якорям», запускающим «активную ассоциацию». Другими словами, пациента обучают активно использовать свое сознание так, чтобы он начал мыслить рефлексивно, логично и реалистично.

4. В качестве критерия «Е» в структуре диагностических критериев ПТСР по (DSM-V) выступают следующие заметные изменения в возбуждении и реактивности, которые или ассоциированы с травматическим событием (событиями), или начинаются и усиливаются после самого события (событий): 1) раздраженное поведение либо вспышки гнева (минимально спрово-

цированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам; 2) безрассудное (опротечливо рискованное) или саморазрушительное поведение; 3) сверхнастороженность (гипербдительность); 4) чрезмерная реакция испуга (повышенная физиологическая реакция вздрагивания); 5) проблемы с концентрацией; 6) нарушения сна [5].

Для работы с данной группой симптомов целесообразно использовать «Методику гипносуггестивной терапии», разработанную Д.А. Каменицким. Указанная методика включает в себя следующие этапы: 1) предварительный, или подготовительный; 2) погружения в гипнотическое состояние; 3) общего успокоения; 4) уравнивания центральной нервной системы; 5) изменения отношения больного к отдельным болезненным явлениям; 6) изменения отношения больного к болезни в целом; 7) повышения интереса больного к обыденным сторонам жизни; 8) повышения уверенности в себе и выздоровлении; 9) повышения роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении; 10) заключительный (обобщающий); 11) гипнотического сна или выведения больного из гипноза [2].

В данной методике уже разработаны подходящие гипносуггестивные процедуры, которые можно непосредственно использовать для работы по снижению у клиента уровня повышенного возбуждения и реактивности. Так, в ней представлены стандартные внушения, которые связаны с этапами «общего успокоения» и «уравнивания центральной нервной системы».

Однако для работы с указанными выше конкретными симптомами (по критерию «Е»), необходимо каждый раз, в зависимости от содержания жалоб клиента, разрабатывать индивидуализированные внушения, а затем включать в этапы «изменения отношения больного к отдельным болезненным явлениям» и «изменения отношения больного к болезни в целом».

Наконец, в указанной методике в конце сеанса присутствует одна из ценнейших процедур для работы с симптомами «заметного изменения в возбуждении и реактивности» – процедура «гипнотического сна». Обоснуем последнее положение более подробно. Клинический опыт отечественной гипнотерапии показывает, что особая роль в лечении симптоматики повышенного возбуждения и реактивности принадлежит методам, которые используют охранительно-восстановительную функцию гипноза.

Так, для реализации данной функции К.И. Платонов предложил методику «длительного гипноза-отдыха». Она заключается в том, что больного вечером погружают в гипнотический сон, который затем переходит спонтанно в естественный ночной сон, а утром со спящим больным включают в раппорт и переводят его естественный сон в форму гипнотического сна на желаемое время. Такое лечение он предлагает проводить в виде курса «сонной терапии» длительностью до 10-12 дней и более. Таким способом К.И. Платонов удлинял сроки пребывания больного в гипнозе-отдыхе до 18-20 часов в сутки, оставляя несколько часов только на прием пищи, туалет и прогулки. Особенно благоприят-

ной была такая терапия гипнозом-отдыхом при лечении реактивных состояний и невроза навязчивых страхов [6, с. 167].

В.Е. Рожнов описал методику «удлиненной гипнотерапии». Она предполагала лечебное внушение, проводимое больному, который находился в часовом, а иногда и более, гипнотическом состоянии. Удлинение времени пребывания в гипнозе, по мнению автора, во-первых, способствует углублению его охранительного эффекта, во-вторых, повышает терапевтическую эффективность лечебных внушений благодаря их суммированию, так как в удлиненных сеансах гипнотерапии больной получает большое количество внушающих воздействий. В процессе удлиненной индивидуальной или коллективной гипнотерапии больной (больные) погружается в гипнотический сон, который продолжается в течение всего времени приема (от 2 до 4 часов). Терапевт, проводящий текущий психотерапевтический прием, каждые 15-20 минут заходит к больному (больным) и проводит им лечебные внушения продолжительностью 2-3 минуты. В.Е. Рожнов отмечает, что отмечена значительная клиническая эффективность методики при самых различных нервных и соматических заболеваниях [6, с. 167-168].

Наконец, Д.А. Каменецкий в своей практике показал, что пролонгированный гипнотический сон (от 2 до 6 часов) является очень эффективным, если он венчает процедуру сеанса в указанной выше «Методике гипносуггестивной терапии». В этом случае гипнотерапевт, заканчивая сеанс терапии, внушает больному, что лечебный продленный сон будет способствовать закреплению достигнутых результатов лечения и значительно снизит его возбуждение и реактивность. После того, как была дана команда на продолжение сна с лечебной целью, терапевт внушает больному, что через определенное время будет пробужден врачом. Затем больного оставляют спать на непродолжительное время (от 30-40 минут до 1,5-2 часов) для закрепления успеха лечения [2].

Выводы из проведенного исследования. Гипнотерапия является одним из наиболее перспективных направлений краткосрочной психотерапии ПТСР. Задача нашего исследования заключалась в том, чтобы выявить адекватные

и эффективные методы гипнотерапии для работы со специфическими группами симптомов в структуре ПТСР.

Для терапии симптомов вторжения наиболее эффективным современным методом является экспозиционная гипнотерапия, которая включает следующие этапы: 1) подготовку к экспозиции; 2) введение в экспозицию; 3) поддержку клиента между сеансами введения в повторную экспозицию. На последнем этапе наиболее ценными являются следующие методики: «Планируемые периоды негативных флэшбэков», «Спонтанные периоды позитивных флэшбэков», «Регрессия возраста», «Прогрессия возраста».

В процессе гипнотерапии симптомов постоянного избегания стимулов, которые ассоциируются с травматическими событиями, достаточно эффективным является метод систематической десенсибилизации. Данный метод предполагает сочетание, с одной стороны – психологического состояния спокойствия клиента, который погружен в гипноз с помощью мышечной релаксации, а с другой – стимула, который в его нынешней жизни вызывает негативные эмоции, связанные с травматическими событиями, и который он активно избегает.

Для гипнотерапии симптомов отрицательного изменения когнитивных процессов и настроения могут использоваться следующие методы, которые успешно применяются для лечения дистимии: «Гипноз как релаксирующая процедура», «Гипнотическая суггестия как средство воздействия на поведение, мысли и чувства», «Эго-усиление в гипнозе», «Когнитивная гипнотерапия дистимии».

В процессе гипнотерапии симптомов ПТСР, в которых проявляются заметные изменения возбуждения и реактивности клиента, может быть использована методика гипносуггестивной терапии Д.А. Каменецкого. В конце сеанса в данную методику рекомендуется включать процедуру пролонгированного гипнотического сна.

Перспективу дальнейшего исследования проблемы мы видим в выявлении таких краткосрочных методов психотерапии, которые можно было бы органично сочетать с методами гипнотерапии при работе со специфическими группами симптомов в структуре ПТСР.

Список літератури:

1. Гипнотерапия [Текст] / под ред. М. Хипа, У. Драйдена. – СПб.: Питер, 2001. – 352 с.
2. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/399151/>
3. Линн С. Основы клинического гипноза: Доказательно-обоснованный подход [Текст] / С. Линн, И. Кириш; пер. с англ. Г. Бутенко. – М.: Психотерапия, 2011. – 352 с.
4. Осипова А.А. Общая психокоррекция [Текст]: учебное пособие / А.А. Осипова. – М.: Сфера, 2002. – 510 с.
5. Реакции на стресс по DSM-V [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.didrus.com/stress-dsm-v/>
6. Руководство по психотерапии [Текст] / под ред. В.Е. Рожнова. – 2-е, изд., перераб. и доп. – Ташкент: Изд-во «Медицина», 1979. – 620 с.
7. Япко М. Гипноз для психотерапии депрессий [Текст]: методические рекомендации / Япко М. – М.: Центр психологической культуры, 2002. – 247 с.

Ніколаєнко С.О.

Сумський державний педагогічний університет
імені А.С.Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ ГІПНОТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Анотація

У сучасній психотерапії на перший план виходять короткострокові методи терапії. Гіпнотерапія є одним з найбільш перспективних напрямків короткострокової психотерапії ПТСР. У статті реалізований симптоматичний підхід до гіпнотерапії посттравматичного стресового розладу. Виявлено адекватні методи гіпнотерапії для роботи зі специфічними групами симптомів в структурі посттравматичного стресового розладу. Для цього можуть бути використані методи експозиційної терапії, систематичної десенсибілізації, когнітивної гіпнотерапії, гіпноусугестивної терапії.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, методи гіпнотерапії, експозиційна гіпнотерапія, систематична десенсибілізація, когнітивні методи, пролонгований гіпнотичний сон.

Nikolaenko S.A.

Sumy State Pedagogical A.S. Makarenko University

FEATURES HYPNOTHERAPY PTSD

Summary

In modern psychotherapy to the fore short term methods of therapy. Hypnotherapy is one of the most promising areas of short-term psychotherapy for PTSD. The article concern a symptomatic approach to hypnotherapy of PTSD. Revealed adequate hypnotherapy techniques to work with specific groups of symptoms in the structure of post-traumatic stress disorder. This may be used methods of exposure therapy, systematic desensitization, cognitive hypnotherapy hypnosuggestive therapy.

Keywords: post-traumatic stress disorder, hypnotherapy techniques, exposure hypnotherapy, systematic desensitization, cognitive techniques, roll over hypnotic sleep.

УДК 159.923:004.738.5

ДОСЛІДЖЕННЯ САМОПРЕЗЕНТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В ІНТЕРНЕТІ (НА ОСНОВІ АНАЛІЗУ ЇЇ АВАТАРІВ)

Скуловатова О.В.

Київський національний торговельно-економічний університет

Здійснено аналітичну роботу з класифікації та систематизації видів аватарів, які використовуються в соціальних мережах та на тематичних форумах. Досліджено, що аватар, як самопрезентація «я» особистості в Інтернеті, має безпосередній зв'язок з рисами її характеру. Їх вибір є не випадковим. За змістом використаного зображення можливо робити висновки про індивідуально-характерологічні особливості особистості. З'ясовано, що зображення на аватарах мають низький кореляційний зв'язок з темпераментом особистості. Проведене дослідження дозволяє стверджувати психодіагностичні можливості методу аналізу самопрезентації особистості в Інтернеті на основі аналізу її аватарів.

Ключові слова: аватар, характер, особистісні смисли, символ, особистість.

Постановка проблеми. Сучасне життя значною мірою змістилося в мережу Інтернет. Значна кількість соціальних дій реалізується не при безпосередньому контакті, а у віртуальному просторі. Існування в Інтернеті дозволяє не тільки лишатися відносно-анонімним, але й обирати ту самопрезентацію, яка виявляється найбільш придатною для вираження актуального емоційного стану людини, її настанов, стереотипів, бажань, потреб, прагнень та образу власного «я». Одним з засобів самовираження особистості виступає аватар, як стислий, символічний образ ретрансляції власного «я».

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Спроби розв'язання поставленої в нашому дослідженні проблеми регулярно здійснюються на профанському рівні в науково-популярних блогах, але лише незначна кількість публікацій заслуговує на наукове визнання та може вважатися авторитетними дослідженнями. Серед таких можливо виділити гіперкнигу John Suler, Ph.D. Психологія кіберпростору, в якій кілька розділів присвячені безпосередньо проблемі, що аналізується [1]. Також заслуговує на увагу розділ з книги Психологія та маркетингу написаний J.-F. Bélisle та H. Onur Bodur присвячений безпосередньому