



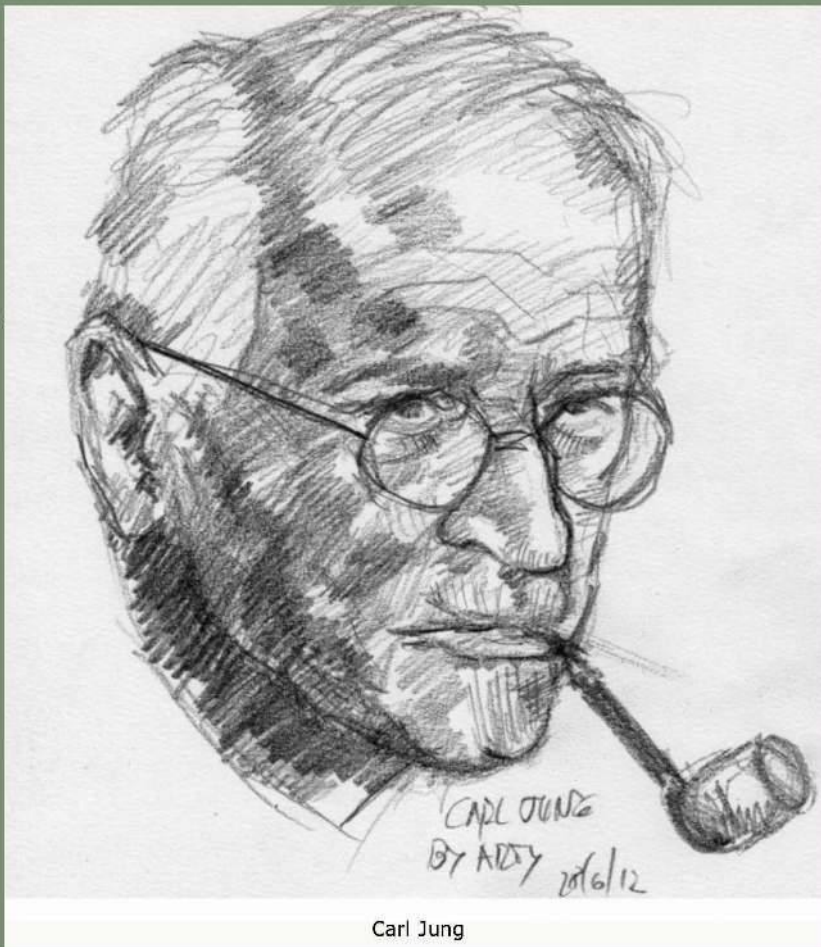
ПСИХОТЕРАПИЯ

Ежемесячный научно-практический журнал — орган печати
Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги
и Саморегулируемой организации Национальная ассоциация развития
психотерапевтической науки и практики «СОЮЗ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И ПСИХОЛОГОВ»

Главный редактор
журнала
«Психотерапия»
МАКАРОВ
Виктор
Викторович
Президент
Профессиональной
психотерапевтической лиги
и Саморегулируемой
организации
Национальная ассоциация
развития
психотерапевтической
науки и практики
«СОЮЗ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ
И ПСИХОЛОГОВ», д.м.н.,
профессор, заведующий
кафедрой психотерапии и
сексологии ФГБОУ ДПО
Российская медицинская
академия непрерывного
профессионального
образования Минздрава РФ

Заместитель
главного редактора
ИРИШКИН
Андрей
Александрович
руководитель
Сообщества RusPsy

Редакционная
коллегия:
БЕЛЯНИН В.П.
БЕРМАНТ-ПОЛЯКОВА О.В.
БУРНО М.Е.
ДМИТРИЕВА Н.В.
ДАРЕНСКИЙ И.Д.
ДОМОРАЦКИЙ В.А.
ЗАВЬЯЛОВ В.Ю.
ЗАЩИРИНСКАЯ О.В.
КАТКОВ А.Л.
КОЧЮНАС Р.Б.
РЕШЕТНИКОВ М.М.
ТУКАЕВ Р.Д.
ТХОСТОВ А.Ш.
УЛЬЯНОВ И.Г.
УМАНСКИЙ С.В.
ШЕВЧЕНКО Ю.С.



Carl Jung

Основные темы номера:

Карл Юнг. Миф о трюкаче живет и развивается: как многие другие мифы. О психологии образа трикстера

Джеймс Холл. Юнгианский подход к сновидениям. Часть 5

Джозеф Хендерсон. Об искусстве Юнга трансформировать свою культурную установку в психологическую

Кучинов А.И. Применение неосознаваемой суггестии

10 (190)
2018

Главный редактор
журнал «Психотерапия»
МАКАРОВ В.В.
Президент Профессиональной
психотерапевтической лиги и
Саморегулируемой организации
национальной ассоциации
психотерапевтической науки и
практики «СОЮЗ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ
И ПСИХОЛОГОВ», д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой психотерапии
и сексологии ФГБОУ ДПО Российский
национальный исследовательский
университет имени Н.И. Пирогова
Минздрава России

Заместитель главного редактора
ИРИШКИН А.А.
руководитель Сообщества RusPsy

Редакционная коллегия:
БЕЛЯНИН В.П.
БЕРМАНТ-ПОЛЯКОВА О.В.
БУРНО М.Е.
ДАРЕНСКИЙ И.Д.
ДМИТРИЕВА Н.В.
ДОМОРАЦКИЙ В.А.
ЗАВЬЯЛОВ В.Ю.
КАТКОВ А.Л.
КОЧУНАС Р.Б.
РЕШЕТНИКОВ М.М.
ТУКАЕВ Р.Д.
ТХОСТОВ А.Ш.
УЛЬЯНОВ И.Г.
УМАНСКИЙ С.В.
ШЕВЧЕНКО Ю.С.

Адрес редакции:
109280, Москва, 2-й Автозаводский
пр., 4. Кафедра психотерапии
Тел. (495) 675-45-67

Издатели:
ИП Иришкин Дмитрий Андреевич
genius-media@mail.ru
(495) 518-14-51
При перепечатке материалов
согласованы с издательством
обязательно.

**Подписные индексы на журнал
«Психотерапия»**
по каталогу «Роспечать»: 82214 и
Урлпресс: 82214
Для справок: (495) 518-14-51,
genius-media@mail.ru
© ИП Иришкин Дмитрий Андреевич
Тираж 100 экз

Ежемесячный научно-практический журнал — орган печати Общероссийской Профессиональной
Психотерапевтической Лиги и Саморегулируемой организации
национальной ассоциации психотерапевтической науки и практики
«СОЮЗ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И ПСИХОЛОГОВ»

ПСИХОТЕРАПИЯ

№ 10 (190), 2018 г.

Содержание

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЮНГА

КАРЛ ЮНГ

Миф о том, что живет и развивается: как к ним многие
другие мифы, они оказывают целительное
воздействие. О психологии образа трикстера 2

ДЖЕЙМС АЛЬБЕРТ ХОЛЛ

Юнговский подход к сновидениям. Часть 5 9

ДЖОЗЕФ Л. ХЕНДЕРСОН

Об искусстве Юнг трансформировать свою
культурную установку в психологическую 13

ДОКЛАДЫ. ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

СМИРНОВ В.В., ПОКРОВСКИЙ Ю.Л.,

ЗАХАРОВ Р.И., ШАРОВА А.А.

Психотерапия псевдодеменции
(возрастных депрессий) 39

ЭММИ ВАН ДОРЦЕН

Точки отправления - тревог 45

КУЧИНОВ А.И.

Применение неосознанной суггестии
с использованием комплекта «САНАТА»
в реабилитационной работе с невротическими
расстройствами 47

МАРИАННА ХИРШ

Могут ли воспоминания других людей
быть нашими собственными? 57

ЛАВРОВА Н.М., ЛАВРОВ В.В., ЛАВРОВ Н.В.

Эмоциональный резонанс
в супружеских конфликтах 59

ЛИЗ БУРБО

Болезни, сопровождающие лиц с травмами
предательства 68

ЛЕВКОВСКАЯ О.Б.

Психотерапевтическая проза — инструмент
для работы с детьми и подростками в русле
Терпеливого творческого самовыражения
М.Е. Бурно (окончание) 71

ЦВИ КУРЦВАЙЛЬ

Творческая способность, о которой
говорит Бубер, присуща индивидуальности
каждого человека, каждого ребенка 78

НУРГАЗИНА А.З.

Психотерапия невротиков у детей 86

АЛИС МИЛЛЕР

В поисках подлинного себя 90

ИЗ ОПЫТА ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

ОЛЬГА НЕЧАЕВА

Протолерантность к отличиям 99

ХЛЕБОВА В.Г.

Чем черт вы злы преты и злость
и недовольство 100

Применение неосознаваемой суггестии с использованием комплекта «САНАТА» в реабилитации пациентов с невротическими расстройствами

КУЧИНОВ А.И.

Кандидат медицинских наук, доцент, зав курсом психотерапии и клинической психологии кафедры интегративной медицины ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова. Генеральный директор Института медико-биологических информационных технологий (ИМБИТ). E-mail: alex@somvi.ru

В статье предлагается многоуровневая модель патогенеза невротических расстройств, состоящая из 4-х последовательных этапов: первый этап – формирование тревожных и сопряженных с ними расстройств, второй этап – развитие аффективных нарушений (депрессивных расстройств), третий этап – переоценка ценностей (негативная оценка себя и своего будущего, подавление волевых качеств), четвертый этап – формирование когнитивной надстройки (ипохондрические, соматоформные, конверсионные расстройства). Последний этап рассматривается как концептуальная семантическая система (когнитивная защита). В соответствии с этой моделью предлагается 4-х этапная программа психологической коррекции и реабилитации с применением неосознаваемой аудиовизуальной суггестии. Апробация данного подхода показала высокие результаты и удобство применения в психотерапевтической практике.

Ключевые слова: невротические расстройства, психосоматика, психотерапия, психологическая коррекция, неосознаваемая суггестия, аудиовизуальная психокоррекция.

Рост заболеваемости невротическими расстройствами за последние десятилетия отражен во многих как зарубежных, так и отечественных статистических исследованиях, и данный факт не требует дополнительной иллюстрации. Нет необходимости перечислять и очевидные факторы, приводящие к росту заболеваемости, такие как экологические, психосоциальные, экономические, демографические и пр. Но необходимо заметить, что данная статистика роста связана не только с ростом самих расстройств. На ее показатели влияют и такие факторы, как доступность медицинской помощи, повышение «осведомленности» врачей общемедицинской практики в вопросах медицинской психологии и психиатрии, что позволяет им «увидеть» психологическую природу происхождения и обострения соматических расстройств (кстати, эта тенденция наблюдается в последнее время и у самих пациентов). Есть и еще один фактор, способствующий росту этой статистики – снижение порога принятия решения обратиться к психиатру, связанное с изменившимся контекстом общественного мнения относительно психиатрической помощи. С этим, например, отчасти связано изменение гендерного состава впервые обратившихся за помощью к психиатру в пользу мужчин [12]. При этом необходимо учитывать и то, что огромная масса пациентов с невротической патологией изначально ищет помощь не у психиатров, а у врачей общемедицинской практики [2, 14] и далеко

не все «доходят» потом до специализированной психиатрической помощи, оставаясь в «невидимой зоне» для медицинской статистики.

В МКБ 10 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства относятся к рубрикам F 40 – F 48, где депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные, ипохондрические, соматоформные расстройства разведены в различные нозологические единицы, обособленные перечнем характерных признаков и симптомов. При этом не надо забывать, что любая классификация (в том числе и МКБ 10) не является абсолютно точным отражением реальной действительности, а есть искусственно воссоздаваемый и периодически пересматриваемый (зачастую до полной неизвестности) реестр названий болезней и расстройств, который на данный момент (период), с точки зрения разработчиков и реалий науки и практики представляет удобство для его использования.

У реального пациента симптоматика каждого из этих расстройств пересекается, иногда значительно, иногда представляя коморбидное образование из нескольких расстройств с трудно различимым приоритетом (как патогенетическим так и клиническим). Именно это отмечают Подкорытов В.С. и др. (2002): «депрессивная, тревожная, обсессивно-компульсивная, ипохондрическая, соматоформная симптоматика по своей психопат-



тологической структуре относится к различным регистрам психической патологии. Однако, как показывает ежедневная клиническая практика, эти психопатологические феномены зачастую сосуществуют» [11]. Данный факт вызывает трудности в плане постановки диагноза и выбора адекватной терапии.

При оценке состояний пациентов с невротическими расстройствами целесообразно исходить не из принципов механического дифференцирования (или/или), а из учета динамики развития расстройства, которая имеет определенные закономерности для всех пациентов в силу универсальности психологических защит и психофизиологических реакций, выработанных у человечества в процессе эволюции.

Под воздействием психогенных факторов всегда первой ответной реакцией выступает тревога (alarm-реакция). Ее глубина и продолжительность зависят от многих факторов (субъективной значимости переживания, субъективной оценки возможности преодоления, индивидуальных стилей копинг-поведения и пр.).

Депрессивная симптоматика развивается уже вторично и является клиническим проявлением субъективного убеждения (осознанного или неосознанного) невозможности полного или частичного разрешения ситуации. Это – реакция безысходности и отчаяния в той или иной степени выраженности. Длительная депрессия, в свою очередь, неизбежно приводит к переоценке системы ценностей, и, прежде всего, к снижению оценки «Я», снижению или утрате ощущения уверенности, подавлению волевых качеств, негативной прогностической оценке себя и своего будущего.

А такие расстройства, как ипохондрические, соматоформные, конверсионные, – можно рассматривать уже как когнитивную надстройку (семантическую концептуальную систему), формирующую психосоматический вектор заболевания. Они формируются как когнитивная защита, по принципу: «Я такой, потому что...».

При этом речь, конечно, не идет о том, что по данной схеме, как по трафаретке, развиваются все психогении. И это не значит, что данные расстройства «выстраиваются в очередь», чтобы актуализироваться именно в этом порядке.

Многообразие психотипов, личностных особенностей, внешних условий и самих психогенных факторов обуславливают патоморфоз и патопластику расстройств, возможно (и чаще так бывает), «наслоение» одних расстройств на другие, либо практически одновременную их манифестацию, как, впрочем, и любые другие варианты. Но абсолютной аксиомой является тот факт, что психосоматозы не могут возникнуть на чистом месте – им предшествует тревога и депрессия (возможно в доклиническом проявлении, «стертая», кратковременная, как существующий фон предшествующих психовоздействий и пр.). А депрессия не может возникнуть без предшествующей тревоги. И, самое главное, состоит в том, что этот континуальный реестр состояний (расстройств) остается

у пациента навсегда, либо до момента его полного излечения (если это возможно). Даже если врач курирует пациента с достаточно очерченным психосоматическим или соматоформным расстройством, без клинических проявлений депрессии и тревоги, это не означает их отсутствие. Именно они и являются базой существования психосоматоза. А соматизация выступает как фасад, как сублимированная форма тревоги и как «физиологический эквивалент аффективных расстройств» [15].

Цель исследования.

Исходя из вышеизложенного целью настоящего исследования являлась оценка эффективности психотерапевтического вмешательства, основанного на технологиях неосознаваемого аудиовизуального суггестивного воздействия, включающего 4 последовательных этапа, соответствующих уровням психических нарушений, при комплексном лечении пациентов с невротическими расстройствами.

Материалы и методы исследования.

Для лечения пациентов с невротическими расстройствами нами разработан алгоритм, психотерапевтического вмешательства, включающий проведение 4-х последовательных этапов, каждый из которых направлен на определенный уровень психических нарушений (тревога, депрессия, сниженная самооценка, психосоматика). Основываясь на принципах психосемантического подхода и на концепции знаково-символического опосредствования внутреннего восприятия [3, 4], мы применили для психотерапевтического вмешательства разработанный нами программно-аппаратный комплекс аудиовизуальной психокоррекции с применением технологий неосознаваемого психосемантического воздействия [1, 4, 9, 10]. С использованием данной технологии нами были разработаны 4 аудиовизуальные психокоррекционные программы (АПК-программы), соответствующие 4-м последовательным психотерапевтическим этапам, с рабочим названием «Комплект «САНАТА» (от латинского слова «sanatio» - лечение, оздоровление). АПК-программы были записаны на компакт-диски в формате DVD-видео.

Психотерапевтический эффект АПК-программ заключается в одновременном воздействии на зрительную и на слуховую системы на осознаваемом и неосознаваемом уровнях и включает 4 фактора (механизма) воздействия: цветовоздействие, ритмовоздействие, неосознаваемое визуальное воздействие и неосознаваемое аудиальное воздействие.

Цветовоздействие - цветовые гаммы, включенные в цветовой ряд, последовательность смены цветов, продолжительность экспозиции каждого цвета и сам графический дизайн направлены на формирование оптимального психофизиологического состояния.



Ритмовоздействие – использована комбинированная ритмическая световая и цветовая стимуляция зрительного анализатора, а также воздействие акустическими частотами в диапазоне слухового восприятия, с целью изменения функционального состояния. В программах использованы следующие частоты: $- 10 \pm 2$ Гц (частота предъявления визуальной подпороговой суггестивной информации), $1 \pm 0,2$ Гц, (частота сменяемости цветов графического интерфейса) и $0,1 \pm 0,02$ Гц (периодичность сменяемости цветовых гамм). В акустическом канале использовано звуковое ритмовоздействие в диапазоне от 390 до $0,08$ Гц, при этом ритмовоздействие различается у каждой из входящих в комплект программ (в соответствии с их целевым назначением).

Неосознаваемое визуальное воздействие значимой семантической информацией, реализуется двумя способами: выводимыми на экран кадрами с частотой 10 ± 2 Гц и продолжительностью экспозиции не более 10 мсек с использованием эффекта прямого и обратного маскирования, и с использованием эффекта маскирования по принципу «расщепленного кадра» [5, 9].

Неосознаваемое аудиальное воздействие – предварительно озвученные и записанные в цифровом формате звуковые треки с суггестивными установками маскируются в фоновый звук таким образом, что становятся неслышимым на уровне сознания. Эффект «неосознаваемости» достигается при помощи программно-аппаратной технологии маскирования с использованием звуковой компьютерной программы «SOMVI-mix» [1, 10].

Каждая из 4-х психокоррекционных программ, входящих в «Комплект «САНАТА» записана на отдельный компакт-диск (формат DVD), и к каждой программе прилагается отдельная инструкция с описанием программы и рекомендациями по использованию.

Воздействие 1-й программы («Релаксон», от лат. *relaxatio* – расслабление + рус. сон) направлено на релаксацию, снижение уровня тревоги и напряженности, десенсибилизацию негативных переживаний, устранение гипертонуса скелетной мускулатуры, что, в свою очередь, приводит к снижению патологической проприоцептивной импульсации от миофасциальных структур и прерывает патологический порочный круг «напряженность – гипертонус – тревога».

2-я программа («Тонус», от греч. *tonos* – жизненная активность) направлена на повышение эмоционального фона, устранение депрессии и астенической симптоматики. Суггестивные формулы семантически ориентированы на мотивирующее и активирующее воздействие, на повышение жизненного тонуса и общей активности и имеют жизнеутверждающую направленность.

Воздействие 3-й программы («Статус», от лат. *status* – положение) имеет личностно реконструктивную направленность. Мишенью психотерапевтического вмешательства программы является «Я-концепция», суггестивные формулы семантически ориентированы на повышение уверенности в себе, повышение самооценки, формирование положительного эмоционально-ценностного от-

ношения к себе (самопринятия) и, как следствие, на повышение социальной активности и адаптации.

Психотерапевтической мишенью 4-й программы (программа имеет то же название, что и весь комплект, – «Саната», от лат. *sanatio* – оздоровление) является образ «Телесного-Я» – соматопсихика. Суггестивное воздействие направлено на десенсибилизацию ипохондрических установок, ипохондрической фиксации, на устранение психосоматической симптоматики и на положительное восприятие образа «телесного Я» (как внутреннего, так и внешнего).

Необходимо пояснить, что эффект неосознаваемости («неслышимости») на уровне сознания аудиального суггестивного воздействия достигается именно методом маскирования в фоновый звук, а не записью звукового воздействия ниже порога физиологического восприятия. Воздействующая звуковая информация по своим физическим параметрам не является подпороговой (уровень громкости составляет 20 – 30 % от фонового звука). Если пациенту предварительно предъявить суггестивную формулу в «чистом» виде, то она становится слышимой и будучи маскированной в фоновый звук, т.к. в слуховом анализаторе остается эталон того, что именно надо слышать. Это принцип (эффект) гештальт-психологии (фигура-фон), когда фигурой восприятия становится уже не фоновый звук, а само суггестивное воздействие. Недоступность осознанному восприятию позволяет, не изменяя само сознание (например, не вводя его в гипнотическое состояние), целенаправленно воздействовать на бессознательное содержимое психики. Таким образом, достигается эффект неосознаваемости внушаемой информации при сохранении семантической нагрузки воздействия. Технически процесс маскирования суггестивного воздействия в фоновый звук осуществляется с использованием компьютерной программы «SOMVI-mix» [1, 10].

Методологически построение фраз суггестивного воздействия производилось в соответствии с принципом семантического обусловливания [7]. Согласно данному принципу, словесный раздражитель – «триггер» или «семантический драйвер» [13], обладающий высокой субъективной значимостью, провоцирует связанные с ним аффективные состояния, а также инициирует смежные семантические поля, актуализируя ассоциированные с ними аффективные переживания. Если семантику триггера совместить с семантическими мишенями психотерапевтического воздействия (объединить в общие словосочетания), то семантика «мишеней» в процессе процедур психокоррекции начинает приобретать аффективную окраску (значимость) триггера. Постоянные повторы данных словосочетаний в процессе процедуры психокоррекции (суггестивные установки закольцовываются и постоянно повторяются на протяжении воспроизведения сеанса психокоррекции) усиливают и закрепляют воссоздаваемую аффективную окраску семантической мишени, тем самым изменяя ценностное отношение к ней и модифицируя саму систему ценностей.



По сути, семантическое воздействие в АПК программах представляет собой не просто процесс внушения (суггестии), а «имплантацию значимой информации в семантические поля памяти» [13].

Словосочетания, составленные в соответствии с принципом семантического обусловливания, мы обозначили как «неосознаваемые суггестивные установки» (НСУ). Эффективность процесса психосемантического обусловливания, а, следовательно, и самого суггестивного воздействия, находится в прямо пропорциональной зависимости от следующих факторов: от степени значимости НСУ и включенных в них семантических единиц, от структуры НСУ (последовательность семантических единиц, их интонационная окраска, голосовые характеристики и пр.), от количества повторов НСУ в процессе проведения психокоррекционного сеанса.

В программах, входящих в комплект «САНАТА», количество повторов НСУ, с учетом применяемого эффекта реверберации, при проведении 12-минутного сеанса психокоррекции находится в пределах – от 660 до 740 в каждом канале (в правом и левом акустических каналах использованы разные по содержанию, но комплементарные по смыслу НСУ), и в пределах – от 1320 до 1480 при проведении 24-х минутного сеанса. При этом НСУ включают не обязательно только слова, но и любую семантически значимую звуковую информацию (например, эмоциональные звуки).

Учитывая, что эффективность воздействия неосознаваемых суггестивных установок в большой степени зависит от лингвистических, риторических характеристик, от интонационных, голосовых и других особенностей, озвучивание НСУ для программ производилось профессионалами. В частности большая часть семантического материала была озвучена Заслуженным артистом России Владимиром Левашёвым.

Семантика суггестивной информации, предъявляемой через звуковой трек и через графический интерфейс в программах комплекта «САНАТА», тождественна или комплементарна по смысловой нагрузке. Одновременное предъявление суггестивного воздействия на зрительный и слуховой анализаторы способствуют усилению психокоррекционного эффекта.

Предварительные апробации метода неосознаваемой аудиальной психокоррекции проводились на базе ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ» (в 2001, 2002 и 2010 гг.) и на базе ГБУЗ НППЦ им. Соловьева ДЗМ (2005 г.) на пациентах с «пограничными психическими расстройствами» (психогенно обусловленные тревожные расстройства, депрессивные расстройства, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, соматоформные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства). В ходе апробаций была выявлена высокая терапевтическая эффективность метода (снижение фоновой тревоги, редукция психосоматической симптоматики, сокращение сроков реабилитации) [6].

Опыт данных апробаций позволил доработать методологию создания АПК-программ, алгоритм проведения

сеансов психокоррекции, а также разработать необходимые рекомендации для психотерапевтов (медицинских психологов) по проведению сеансов и сопровождению пациентов.

Настоящий вариант аудиовизуальных психокоррекционных программ (комплект «САНАТА») проходил апробации на протяжении 2-х лет на базе ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России» (Санаторий «Вороново») и на базе ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ».

Весь курс психокоррекции был разбит на четыре этапа, которые проводились в соответствии с приведенной выше последовательностью АПК-программ. Наличие 2 вариантов по продолжительности воспроизведения записи (12 мин. и 24 мин) позволило адаптировать проведение психокоррекционных сеансов под конкретные условия. На каждом этапе проводилось 3-4 сеанса в ежедневном режиме. Общая продолжительность курса составила в среднем 12 - 20 дней.

При назначении времени проведения сеансов учитывалось, что непосредственно после окончания психокоррекционного сеанса у пациентов отмечается состояние релаксации и даже сонливости. Это состояние может сохраняться от 2-х до 4-х (и более) часов («эффект шлейфа»), поэтому сеансы обычно проводились в послеобеденное либо вечернее время.

Алгоритм проведения каждого сеанса психокоррекции включал следующие этапы: предварительная беседа психотерапевта, общая информация о предстоящем психокоррекционном сеансе, направленности коррекционного эффекта и об ожидаемых результатах. В процессе проведения предварительной психотерапевтической беседы ведущий в разных вариантах и словосочетаниях использовал семантику, которая включена в программах в качестве неосознаваемого воздействия (в инструкциях, прилагаемых к каждой АПК-программе, приведены элементы ключевой семантики и смысловые тезаурусы семантических единиц, также к комплекту «САНАТА» прилагается руководство для психотерапевтов и медицинских психологов с подробными рекомендациями по проведению сеансов психокоррекции).

Это способствует усилению суггестивного воздействия, т.к. одновременное воздействие аналогичной или ассоциированной семантикой на осознаваемом и неосознаваемом уровнях обеспечивают реализацию эффекта «психосемантического резонанса», который заключается не просто в суммации этих воздействий, но и в их взаимоусилении.

В качестве примера предварительной психотерапевтической беседы можно привести смысловой конструкт с использованием семантического тезауруса слова «Уверенность»: «Вся моя предшествующая практика психотерапевта сформировала **устойчивое** убеждение, что, **независимо** от вашего исходного состояния, коррекционное воздействие программ приводит к **стойкому** результату, повышая психическую и эмоциональную **устойчивость** и формируя состояние

стабильности и **уверенности**». В приведенной фразе выделенные жирным шрифтом слова входят в ассоциативный тезаурус слова «Уверенность», и они же включены в НСУ в программе «Статус».

После психотерапевтической беседы следовало проведение самого сеанса психокоррекции (12 или 24 минуты). По окончании сеанса пациенты либо погружались в физиологический сон, после выхода из которого самостоятельно покидали гипнотарий (как в Лечебно-реабилитационном центре Минэкономразвития России), либо пациентам было предоставлено какое-то время для выхода из состояния транса, после чего проводилась диагностическая беседа психотерапевта с целью оценки состояния участников (как в ПКБ имени Ю.В. Каннабиха).

Оценка состояния пациентов основывалась на данных клинического обследования и наблюдения, на данных психодиагностических бесед с пациентами (и при возможности бесед с их родственниками), на результатах самоотчетов (в том числе дневниковые записи пациентов), на методах психометрического обследования - тесты Spilberger, САН, на данных методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн.

Для оценки состояния у 56 пациентов был применен метод семантического дифференциала (Osgood, 1952) до и после проведения всего курса психокоррекции (все эти пациенты проходили лечение на базе ПКБ имени Ю.В. Каннабиха). Анализ результатов метода семантического дифференциала позволяет оценить факторные значения анализируемых объектов (понятий) в интегральных шкалах «осгутовского пространства» – Е-Р-А («Оценка» – «Сила» – «Активность»), а также ассоциативную связь объектов между собой и с «эмоциональными маркерами». Всего для проведения диагностики было выбрано 6 объектов (понятий): 2 анализируемых объекта («Я-идеальное» и «Я-реальное»), 2 положительных эмоциональных маркера («Уверенность» и «Уважение») и 2 отрицательных эмоциональных маркера («Страх» и «Унижение»). Количество анализируемых объектов было выбрано минимальным исходя из соображений упрощения процедуры психодиагностики. По результатам многолетних предварительных клинических наблюдений и собеседований с пациентами невротического уровня, а также по результатам психосемантических обследований, нами сделано заключение, что эти анализируемые объекты и эмоциональные маркеры в наибольшей степени отражают семантику переживаемых состояний и являются интегральными смысловыми образованиями семантического пространства, в котором пациенты позиционируют свое «Я». О степени патологии (помимо других факторов, которые позволяют выявить анализ семантического пространства) говорят отдаленность (величина нормативного расстояния) между понятиями «Я-реальное» и «Я-идеальное», а также между понятием «Я-реальное» и эмоциональными маркерами. Результаты метода семантического дифференциала дают наиболее адекватную оценку эффективности проводимой психокоррекции, т.к. отражают динамику

именно личностно-реконструктивных процессов, происходящих в результате неосознаваемого суггестивного воздействия, позволяя объективизировать эти процессы.

Критериями включения в психокоррекционные группы было наличие у пациентов невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (т.е. относящихся к рубрикам МКБ 10 F 40 – F 48). Ограничений по возрасту не было. За период исследования курс психокоррекции с использованием комплекта «САН-ТА» прошли 293 пациента (191 - женщины и 102 - мужчины). Из них 169 пациентов на базе Санатория «Ворново» (108 - женщины и 61 - мужчины) и 124 пациента на базе ПКБ имени Ю.В. Каннабиха (83 - женщины и 41 - мужчины). Средний возраст пациентов: 42,5 лет (минимальный 19 лет, максимальный 76 лет). Из анализа исключены пациенты, которые прошли не полный курс по разным причинам, и пациенты, на которых не был собран достаточный диагностический материал для оценки динамики их состояния.

Результаты исследования.

В процессе проведения сеансов психокоррекции у пациентов отмечалось достоверное снижение уровня тревоги – проводились сравнения усредненных показателей по шкале «Ситуативная тревога» теста Spilberger по всем пациентам перед каждым сеансом психокоррекции и после проведения сеанса (см. Таблица № 1).

Это же отражают и интегральные показатели уровня тревоги до и после проведения сеансов психокоррекции – проводились сравнения усредненных показателей по шкале «Ситуативная тревога» по всем пациентам на всех сеансах перед их проведением и после, которые составили, соответственно, 38,25 и 28,23, $p < 0,05$. Причем в процессе проведения всего курса психокоррекции происходило снижение показателей уровня тревоги от сеанса к сеансу, что наглядно отображено на Гистограмме № 1.

Результаты по тесту САН – проводились сравнения усредненных показателей по всем трем шкалам, полученным у всех пациентов перед каждым сеансом психокоррекции и после проведения сеанса (всего с использованием данного теста проанализировано 63 респондента), обнаружены достоверные различия показателей по шкалам «Самочувствие»: 3,71 – «до», и 5,7 – «после» ($p < 0,001$) и по шкале «Настроение», соответственно 4,07 и 5,64 ($p < 0,05$) – см. Гистограмма № 2. Отсутствие изменений по шкале «Активность» можно объяснить тем, что после завершения каждого сеанса психокоррекции пациенты находились в расслабленном и даже сонливом состоянии, что не способствовало повышению субъективной оценки по данной шкале.

Динамика изменений по шкалам «Самочувствие» и «Настроение» (Гистограмма № 3) отражает большую инерционность показателей по шкале «Самочувствие» (более выраженные изменения происходят только после 8-го сеанса), по сравнению с показателями по шкале «Настроение», где выраженные изменения отмечаются



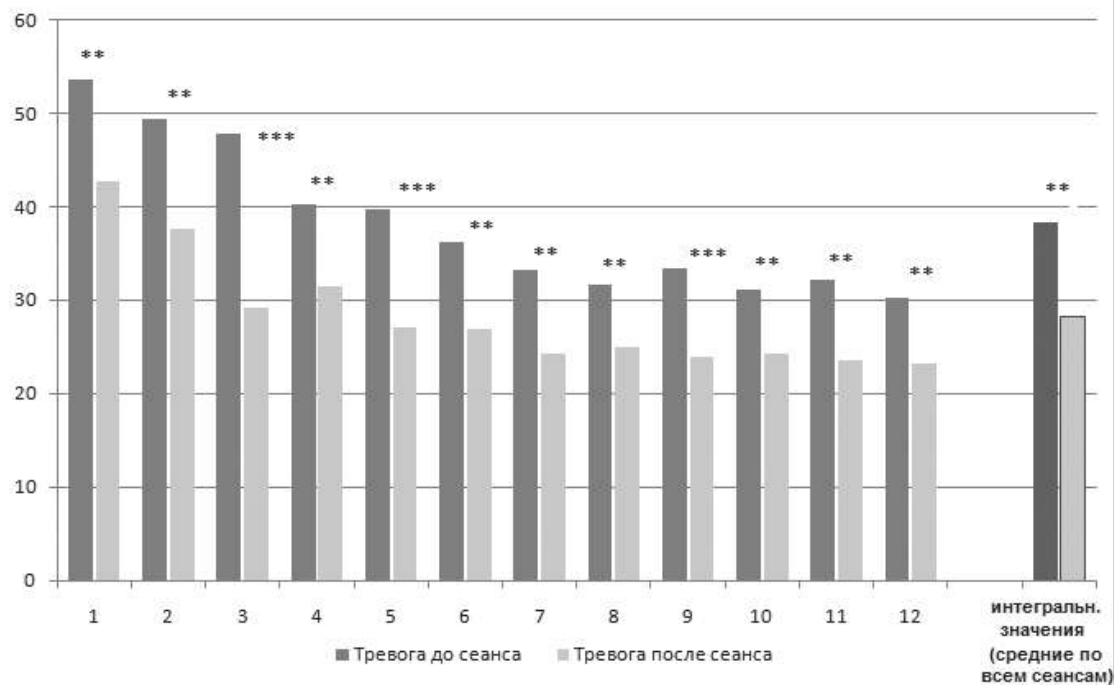
Таблица № 1
Показатели уровня тревоги до и после проведения сеансов (тест Спилбергера)

№ сеанса	Уровень тревоги до сеанса	Отклонение	Уровень тревоги после сеанса	Отклонение
1	53,63	5,63	42,77	4,51
2	49,34	4,48	37,62	3,36
3	47,86	6,04	29,14	4,92
4	40,26	6,32	31,46	5,20
5	39,79	4,62	27,13	3,50
6	36,23	4,31	26,82	3,19
7	33,29	3,67	24,18	2,55
8	31,67	4,46	24,97	3,34
9	33,33	3,32	23,83	2,20
10	31,19	3,66	24,17	2,54
11	32,16	3,01	23,52	2,61
12	30,21	3,63	23,14	2,51
Среднее	38,25	4,43	28,23	3,37

Примечание: в таблице достоверность отличий показателей уровня тревоги до и после проведения сеансов по всем сравниваемым значениям $p < 0,05$

Гистограмма № 1

Показатели уровня тревоги до и после проведения сеансов (тест Спилбергера) и интегральные значения уровня тревоги до и после сеансов



Примечание: * - $p < 0,1$; ** - $p < 0,05$; *** - $p < 0,001$



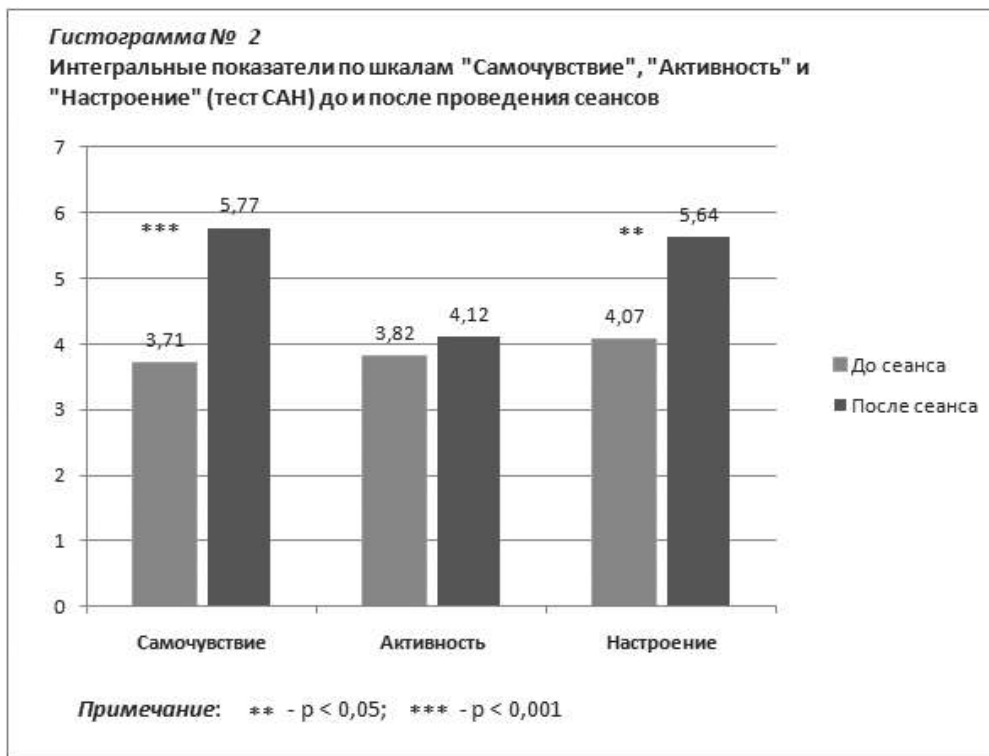


Таблица № 2

Средние значения нормативных расстояний между оцениваемыми понятиями до и после проведения курса психокоррекции (по результатам метода семантического дифференциала)

Анализируемые понятия	До проведения курса						После проведения курса					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1 - Я-идеальный	0,00	2,85	1,66	0,72	2,39	3,15	0,00	0,67	0,65	0,73	3,15	3,53
2 - Я-реальный	2,85	0,00	3,58	2,80	3,87	2,73	0,67	0,00	1,10	0,67	3,29	2,98
3 - Уверенность	1,66	3,58	0,00	1,32	2,36	2,72	0,65	1,10	0,00	1,24	2,82	3,50
4 - Уважение	0,72	2,80	1,32	0,00	2,76	3,08	0,73	0,67	1,24	0,00	3,81	3,55
5 - Страх	2,39	3,87	2,36	2,76	0,00	2,46	3,15	3,29	2,82	3,81	0,00	3,74
6 - Унижение	3,15	2,73	2,72	3,08	2,46	0,00	3,53	2,98	3,50	3,55	3,74	0,00

Примечание: в данной таблице жирным шрифтом выделены сравниваемые показатели нормативных расстояний с достоверностью отличий $p < 0,05$

уже начиная с 3-го сеанса, что косвенно свидетельствует о первичности эмоционального фактора по отношению к соматическому у пациентов с невротическими и психосоматическими расстройствами.

Клиническая картина соответствовала результатам, полученным с использованием метода семантического дифференциала (обследовано 56 пациентов на базе ПКБ имени Ю.В. Каннабиха). При сравнении результатов диагностики до и после курса психокоррекции выявлены: достоверное положительное смещение понятия «Я-реальный» в системе координат 3-х интегральных шкал («Оценка» – «Сила» – «Активность»), усиление ассоциативной связи понятия «Я-реальный» с положительными эмоциональными маркерами «Уверенность» и «Уважение» (уменьшение нормативного расстояния с 3,58 до 1,10 и, соответственно, с 2,80 до 0,67, $p < 0,05$), с одновременным усилением ассоциативной связи понятий «Я-реальный» и «Я-реальный» (уменьшение нормативного расстояния с 2,8 до 1,17, $p < 0,05$) – см. Таблица № 2. При этом увеличение нормативного расстояния между понятиями «Страх» и «Унижение» говорит о дезактуализации последнего (снижение его эмоциональной значимости) и косвенно свидетельствует о повышении самооценки и снижении аутодеструктивных убеждений и настроений.

Эти результаты соответствуют данным клинического наблюдения, а также результатам самоотчетов и динамике показателей методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн. По результатам дневниковых записей у 79,2% (232 пациентов) по окончании каждого сеанса психокоррекции отмечалось состояние, которое

они характеризовали как «релаксация», «расслабление», «умиротворение». Данное состояние сохранялось на протяжении 2 – 4-х часов (и более) после проведения сеансов. 66,9% (196 пациентов) отмечали повышение эмоционального фона, уверенности в себе и повышение общей активности. 63,7% (93 пациента из 146) отмечали полную или значительную редукцию психосоматической симптоматики (при ее наличии до проведения сеансов). Многие пациенты в своих самоотчетах отмечали имевший у них место изначальный скептицизм относительно применяемой методики, который после первых же сеансов сменялся на доверие и положительное отношение как к самому методу, так и к восприятию проводимых терапевтических мероприятий в целом.

Нормализация или выраженное улучшение продолжительности и качества сна отмечено у 224 пациентов (76,5% от общего числа). При этом на базе Санатория «Вороново» этот процент был выше – 82,2% (139 пациентов из 169), а на базе ПКБ имени Ю.В. Каннабиха – 68,5 % (85 пациентов из 124), что обусловлено более благоприятными условиями для поддержания и сохранения релаксирующего и сомногенного эффектов от воздействия АПК-программ в ситуации пребывания в санатории

У 79 пациентов (63,7%) на базе ПКБ имени Ю.В. Каннабиха оказалось возможным снижение медикаментозной нагрузки (количества и дозировки химиотерапевтических препаратов) как в процессе проведения курса, так и в плане назначения поддерживающей химиотерапии, в том числе вплоть до полной отмены препаратов с психотропным действием у 28 пациентов (22,6%).

Заключение.

Неосознаваемое аудиовизуальное воздействие, являясь эффективным психотерапевтическим инструментом, который редуцирует невротическую и психосоматическую симптоматику, что подтверждают как результаты клинического наблюдения за пациентами, так и результаты психометрических обследований, результаты самоотчетов и результаты психосемантического анализа.

Учитывая имеющийся у пациентов в той или иной степени установочный скептицизм относительно методов психотерапии, неосознаваемое аудиовизуальное воздействие, оказывая ощутимый для пациентов эффект уже с первого сеанса, отвечает их ожиданиям и тем самым усиливает комплаенс в системе врач-пациент, что способствует повышению успешности всех проводимых терапевтических мероприятий.

Осознанный негативизм у пациентов с наличием психосоматической симптоматики в картине болезни при попытках объяснить данные расстройства психологическими причинами, и неосознанное сопротивление обычным психотерапевтическим методам, позволяют делать вывод о целесообразности использования именно неосознаваемого психотерапевтического воздействия. Неосознаваемое воздействие преодолевает негативные установки и положительно влияет на весь период реабилитации пациентов с соматизированными расстройствами.

Неосознаваемое аудиовизуальное воздействие позволяет снизить медикаментозную нагрузку у пациентов с невротическими расстройствами с назначениями химиотерапевтических препаратов и сократить сроки их реабилитации.

С позиции психосемантического подхода любые психические нарушения, тем более невротического уровня, приводят к формированию патологического семантогенеза с образованием патоидиолекта (лексических единиц и словосочетаний, выступающих в качестве патологических знаков, отражающих психическое страдание и выступающих в качестве мишеней психотерапевтического вмешательства), что в полной мере оправдывает неосознаваемое семантическое воздействие в качестве основного механизма психотерапии.

Результаты метода семантического дифференциала и клинические наблюдения доказывают, что неосознаваемое аудиовизуальное воздействие является оправданной и адекватной формой психотерапии соматизированных пациентов.

Опыт применения психотерапии с использованием 4-х АПК-программ комплекта «САНАТА» на двух базах (на базе больницы и на базе санатория) показал некоторые преимущества эффективности именно в условиях санатория, что может стать дополнительной рекомендацией к приоритетному использованию метода именно в санаторно-курортных учреждениях. Имеющиеся результаты, полученные на базах других санаториев, использующих предложенный метод (данные пока окончательно не обработаны), подтверждают данный вывод.

В качестве дополнительных преимуществ метода, отмеченных психотерапевтами и психологами, проводившими сеансы психокоррекции, являются простота в применении (необходимо только изолированное от шума помещение и любое проигрывающее DVD-формат оборудование), а также гибкий алгоритм проведения всего курса психокоррекции, что позволяет адаптировать его под конкретные условия.

Список литературы:

- 1 Авторское свидетельство № 2003611902, 15.08.2003.
- 2 Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Изд-во Медицина, 2000. – 495 с.
- 3 Елшанский С.П. Семантика внутреннего восприятия при зависимостях от психоактивных веществ: дис. д-ра психол. наук. М., 2005. – 322 с.
- 4 Кучинов А.И. Алгоритм проведения неосознаваемой аудиальной психокоррекции в лечении пациентов с невротической симптоматикой. Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Том XV, № 1. – С. 60 – 61.
- 5 Кучинов А.И. Комплексная реабилитация пациентов с наркозависимостями с использованием неосознаваемого аудио-визуального семантического воздействия. Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Том XVIII, № 1. – С. 51–54
- 6 Кучинов А.И., Юртов О.В. Использование метода неосознаваемой суггестии для лечения пациентов с пограничными психическими расстройствами, вызванными острым или хроническим средовым стрессом. Вестник новых медицинских технологий. – 2002. – Том IX, № 4. – С. 60–61.
- 7 Лурия А.Р. Язык сознания. – М.: Изд-во Феникс, 1998. – 412 с.
- 8 Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Клиническая семантика психопатологии. – СПб.: Изд-во СПбГПМА, 2007. – 216 с.
- 9 Патент РФ № 2162348, 21.01.2001.
- 10 Патент РФ № 2124371, 10.01.1999.
- 11 Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность. Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2002. – № 1. – С. 118–124.
- 12 Семенова Н.В. Анализ первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами населения Ленинградской области в 2000–2009 годах. // Сборник тезисов научно-практической конференции «Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии» (Санкт-Петербург, 3–4 февраля 2011 года). СПб: 2011. С. 194–196.
- 13 Смирнов И.В., Безносюк Е.В., Журавлёв А.Н. Психотехнологии. – М.: Изд-во Прогресс- Культура, 1995. – 416 с.



14 Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 212 с.

15 Lipowski Z.J. Somatization and depression. *Psychosomatic* 1990; 31: 1321.

The unconscious use of suggestion with the use of a set of «SANATA» in the rehabilitation of patients with neurotic disorders

Alexander I. Kuchinov

PhD, associate Professor

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

E-mail: alex@somvi.ru

The article proposes a multilevel model of the pathogenesis of neurotic disorders, consisting of 4 consecutive stages: the first stage – the formation of anxiety and associated disorders, the second stage – the development of affective disorders (depressive disorders), the third stage – the reassessment of values (negative assessment of themselves and their future, suppression of volitional qualities), the fourth stage – the formation of cognitive superstructure (hypochondriac, somatoform, conversion disorders). The last stage is considered as a conceptual semantic system (cognitive defense). According to this model, a 4-stage program of psychological correction and rehabilitation with the use of unrecognizable audiovisual suggestion is offered. Approbation of this approach showed high results and ease of use in psychotherapeutic practice.

Keyword: neurotic disorders, psychosomatics, psychotherapy, psychological correction, unconscious suggestion, audiovisual psycho-correction.

References

1. Avtorskoe svidetel'stvo [Copyright certificate] № 2003611902, 15.08.2003.
2. Aleksandrovskij Ju.A. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva [Borderline mental disorders]. M.: Publ. Progress, 1995. 416 p.
3. Elshanskij S.P. Semantika vnutrennego vosprijatija pri zavisimostjah ot psihoaktivnyh veshhestv [Semantics of internal perception with dependence from psychoactive substances]. The dissertation of the doctor of psychology. M., 2005. 322 p.
4. Kuchinov A.I. Algoritm provedenija neosoznavaemoj audial'noj psihokorrekcii v lechenii pacientov s

nevroticheskoj simptomatikoj [Algorithm of unconscious auditory psychocorrection in the treatment of patients with neurotic symptoms]. *Vestnik novyh medicinskih tehnologij* [Bulletin of new medical technologies], 2008, Volume XV, no. 1, pp. 60 – 61.

5. Kuchinov A.I. Kompleksnaja rehabilitacija pacientov s narkozavisimostjami s ispol'zovaniem neosoznavaemogo audio-vizual'nogo semanticheskogo vozdejstvija [Complex rehabilitation of patients with drug addictions using unconscious audio-visual semantic influence]. *Vestnik novyh medicinskih tehnologij* [Bulletin of new medical technologies], 2011, Volume XVIII, no. 1, pp. 51-54

6. Kuchinov A.I., Jurto O.V. Ispol'zovanie metoda neosoznavaemoj suggestii dlja lechenija pacientov s pogranichnymi psihicheskimi rasstrojstvami, vyzvannymi ostrym ili hronicheskim sredovym stressom [The use of the method of unrecognizable suggesty for the treatment of patients with borderline mental disorders caused by acute or chronic environmental stress]. *Vestnik novyh medicinskih tehnologij* [Bulletin of new medical technologies], 2002. Volume IX, no. 4, pp. 60-61.

7. Lurija A.R. Jazyk soznaniya [The Language of consciousness]. M.: Publ. Phoenix, 1998, 412 p.

8. Mikirtumov B.E., Il'ichev A.B. Klinicheskaja semantika psihopatologii [The Clinical semantics of psychopathology]. – SPb.: Publ. SPbGPMMA, 2007, 216 p.

9. Patent RF № 2162348, 21.01.2001.

10. Patent RF № 2124371, 10.01.1999.

11. Podkorytov V. S., Chajka Ju. Ju. Depressija i rezistentnost' [Depression and resistance]. *Zhurnal psichiatrii i medicinskoj psihologii* [Journal of psychiatry and medical psychology]. 2002, no. 1, pp. 118-124.

12. Semenova N.V. Analiz pervichnoj zabolevaemosti nevroticheskimi, svjazannymi so stressom i somatoformnymi rasstrojstvami naselenija Leningradskoj oblasti v 2000–2009 godah [Analysis of the primary incidence of neurotic, stress-related and somatoform disorders in the population of the Leningrad region in 2000-2009]. // *Sbornik tezisov nauchno-prakticheskoi konferencii «Nevrozy v sovremennom mire. Nove koncepcii i podhody k terapii»* [Collection of abstracts of scientific and practical conference « Neuroses in the modern world. New concepts and approaches to therapy»] (Saint Petersburg, February 3-4, 2011). SPb: 2011, pp. 194-196.

13. Smirnov I.V., Beznosjuk E.V., Zhuravljov A.N. Psihotehnologii [Psychotechnologies]. – M.: Publ. Progress of Culture, 1995, 416 p.

14. Smulevich A.B. Psihosomaticheskie rasstrojstva v klinicheskoi praktike [Psychosomatic disorders in clinical practice]. M.: Publ. MEDpress-inform, 2016, 212 p.

15. Lipowski Z.J. Somatization and depression. *Psychosomatic* 1990; 31: 1321.