

## СТРАТЕГИИ РАБОТЫ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В ГИПНОЗЕ

**Доморацкий В. А.**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Белорусского государственного университета, руководитель модальности «Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз» в ОППЛ. Минск, Белорусия.

**Аннотация:** Представлены некоторые факты об использовании гипноза для анестезии в прошлом и настоящем. Рассмотрены современные стратегии работы с острой и хронической болью в эриксоновском гипнозе. Приведено описание гипнотических техник работы с болью.

**Ключевые слова:** острая боль, хроническая боль, гипноз, анестезия, диссоциация, внушения, каталепсия, левитация.

Использование гипноза для анестезии имеет давнюю историю. Первым зарегистрированным случаем гипнотической анестезии стала операция французского хирурга Жюля Клоке по удалению опухоли грудной железы в 1829 году. Клоке оперировал больную, которую предварительно загипнотизировал с помощью месмеровских приёмов доктор Шаплен. В течение своей карьеры, Клоке провел еще несколько удачных операций с использованием гипноза. В 1843 году врач-хирург Д. Брейд впервые употребил термин «гипноз» и доказал возможность вызывать гипнотическое состояние различными приемами и внушением, а не только месмеровскими пассажами. Позднее Брейд использовал гипноз для лечения различных болезней и успешно применял его для анестезии при хирургических операциях. Д.Исдейл – шотландский хирург, задокументировал 345 проведенных им под гипнозом крупные операции, включая амputation конечностей, которые он провел в Индии между 1845 и 1851 годами. Пациентов вводили в транс, используя технику пассов Месмера, на что иногда требовалось до 1,5-2 часов, а потом Исдейл оперировал их. Причём послеоперационная летальность составляла всего 8% против, обычных для того времени, примерно 50%. У его пациентов, возникало гораздо меньше осложнений, характерных для хирургических вмешательств, проводимых в то время другими врачами [2, 5, 7].

В 1945 году в больнице для военнопленных River Valley Road в Сингапуре, где запасы химических анестетиков были строго ограничены японцами, Майкл Вудрафф вполне успешно использовал гипноз для обезболивания стоматологических и хирургических процедур. В начале 50-х годов 20-века У.Крогер применил директивный гипноз во время родов и при операциях на щитовидной железе [2, 5, 7]. Примерно в этот же период с участием известного советского гипнотерапевта П.И.Буля были проведены хирургические операции более 100 больным, которым был противопоказан наркоз. В 1989 году в СССР несколько публичных демонстраций гипноанестезии (в том числе по телемосту Москва-Тбилиси) провёл А.М.Кашпировский.

В последние 15-20 лет во Франции, при целом ряде оперативных вмешательств (в пластической хирургии, оториноларингологии, стоматологии, операциях на щитовидной железе, при раке грудной железы и др.), нередко, вначале делают местную анестезию, а дальше анестезиологи, прошедшие соответствующее обучение, используют гипноз. По свидетельству французского гипнотерапевта К.Виро, специализирующегося на работе с острой и хронической болью, через сутки после операции, проведенной под гипнозом, 98% пациентов говорят, что во время операции ничего неприятного не чувствовали. Они ощущали хирургическое вмешательство, часто описывая ожидаемое чувство боли, как покалывание или щекотание. Если больных оперируют под гипнозом, они быстрее восстанавливаются, быстрее заживают операционные раны, у них меньше послеоперационных осложнений и ниже риск возникновения хронических болей. Сегодня в США и Европе примерно 25% хирургических и стоматологических операций проводится с использованием гипноза. Например, только в бельгийской клинике University of Liège ежегодно около 500 хирургических вмешательств выполняется под гипноанестезией [9].

Были проведены эксперименты с идеомоторными сигналами, которые вызываются глубинной частью личности, способной в соответствии с внушением воспринимать ощущения и сохраняющей неосознаваемую связь с терапевтом, показали, что в гипнозе субъект продолжает ощущать боль на уровне, отделенном от основной сферы сознания. При уколе в руку, которая подверглась гипнотической анестезии, наблюдается сигналинг, указывающий на сохранение восприятия боли этой частью личности, хотя на сознательном уровне наличие боли отрицается, т. к. блокируется её осознание, что является важным механизмом обезболивания в гипнозе.

Боль является во многом субъективным переживанием. Кроме основного биологического компонента переживание боли включает сенсорный, эмоциональный и когнитивный компоненты, которые поддаются гипнотическому изменению [4, 7]. Сенсорный – относится к интенсивности переживания боли. Эмоциональный компонент касается неприятности боли, т.е. уровня субъективного страдания человека, которым также можно управлять, используя гипнотические техники. Способность переносить боль различна и может значительно меняться в зависимости от его эмоционального состояния, поскольку изменяется субъективное восприятие боли. Ещё одна важная составляющая переживания боли – ожидание её возникновения. Поэтому при психотерапии боли возникает значительный плацебо-эффект, повышающий порог болевой чувствительности. Значимым аспектом когнитивного компонента боли является *катастрофизация*, снижение которой также необходимо для ослабления боли. Другой аспект – смысл боли, её значение для пациента. Если он мотивирован на скорейшее преодоление последствий травмы и избавление от боли, гипнотерапия, безусловно, будет способствовать ослаблению боли и излечению [4].

В нашем сообществе до сих пор существует весьма неоднозначное отношение к использованию гипнотических техник в психотерапевтической практике. Однако даже самые большие недруги гипнотерапии соглашаются с тем, что гипноз является весьма эффективным способом ослабления боли самой различной этиологии.

С острой и хронической болью надо работать по-разному, потому что при острой боли надо помочь пациенту измениться на несколько часов (здесь и сейчас), а при хронической – часто измениться на всю жизнь.

Для переживания острой боли требуется привлечение сознательного внимания. Должно быть осознание боли. Если внимание сконцентрировано на чем-то другом – это всё равно, как если бы боли не было вовсе. Поэтому основной принцип работы с острой болью – перенаправление сознательного внимания пациента с восприятия боли на что-то другое, а базовая техника – диссоциация между телом и духом, когда внимание пациента целиком сосредоточено на приятных воспоминаниях. Пациента спрашивают, куда бы тот хотел отправиться в своём воображении: в море, где он плавает с аквалангом; в горы; на лыжную прогулку в лесу и т. п. Далее индуцируют транс, в котором сопровождают его в то или иное воспоминание, оживляя его детали и максимально активизируя все сенсорные модальности для полного погружения в прошлый позитивный опыт. Это позволяет оперировать по несколько часов или проводить короткие, но очень болезненные хирургические вмешательства. Следует отметить, что диссоциация также хорошо работает при острых эмоциональных нарушениях – приступах тоски, тревоги.

Для получения хорошей диссоциации в гипнотическом трансe целесообразно использовать модель работы известного французского гипнотерапевта К.Виро (2014). Вначале выясняют наиболее важные детали того момента, в который затем будут погружать пациента. Надо чтобы он обрёл яркое воспоминание и, насколько это возможно, увидел, услышал и почувствовал его в настоящем. Далее ставят сигналинг, который даёт возможность обратной связи с пациентом. Потом ориентируют его «здесь и сейчас» – от самого дальнего к самому близкому, день и час. Для этого напоминают о времени и месте, где он находится. При описании деталей окружающего пространства постепенно переходят от того, что расположено вдалеке к самому близкому, включая положение тела пациента и его ощущения. Затем рука выводится в каталепсию, после чего идёт классическое сопровождение в приятном воспоминании. При этом используется всё то, что предварительно описал пациент. Можно подключить его воображение (предложить дополнить опыт какими-то новыми деталями). Максимально оживляют все репрезентативные системы (ВАК). В момент наибольшего погружения в приятное воспоминание проводится болезненное вмешательство, от осознания которого пациент отделён, благодаря мощной диссоциации между телом и переживаниями, связанными с актуализацией внутреннего опыта. Затем даётся постгипнотическое внушение, которое позволяет перенести в повседневную жизнь всё то, что было полезного в трансe. Далее дают возможность руке, застывшей в каталепсии, опуститься, предлагая пациенту представить, что он возвращается обратно в комнату, где всё происходит, ориентируя его на «здесь и сейчас», но в обратном порядке от самого близкого (тела пациента и всего, что его окружает) к самому дальнему, день и час [9]. Следует отметить, что постановка каталепсии руки при работе в рассматриваемой модели весьма важна, поскольку возникновение феномена каталепсии стабилизирует транс и минимизирует возможность возникновения у больных в ходе операции дискомфортных ощущений, требующих использования традиционной лекарственной анальгезии.

Человек с острой кратковременной болью испытывает сильные страдания, он дестабилизирован и рассогласован. От нас требуется помочь пациенту обрести нечто стабильное и устойчивое, что позволяет упорядочить и обезопасить себя. По мнению К.Виро, каталепсия руки – отличный инструмент, чтобы внушить эти идеи. Она даёт стабильную диссоциацию и позволяет использовать термины «стабильность, устойчивость».

При возникновении острой боли и коротких хирургических вмешательствах хорошо зарекомендовала себя техника «Защитная перчатка», которую мы многократно использовали в практической работе с момента знакомства с ней на семинаре-тренинге К.Виро в Москве в 2014 году. Кратко рассмотрим основные шаги данной техники: 1) Проверить чувствительность кисти руки и запястья. 2) Предложить руке положение для каталепсии: «Поставьте руку вот так ладонью вверх». 3) Пациенту необходимо найти личную перчатку и детально описать её (фасон, материал, цвет и т. д.). 4) Формируют воображаемый защитный слой из бинта (уточнить цвет), который плотно наматывается поверх кисти руки и запястья. 5) Затем внушают, что поверх бинта накладывается гипс. 6) Необходимо немного подождать, пока гипс затвердеет и проверить чувствительность кисти. Если она сохранена – предложить усилить гипсовую повязку дополнительными слоями. 7) Снова проверить чувствительность, которая должна значительно снизиться. 8) Предлагаем перенести защиту на другую руку (снять перчатку и одеть её на другую руку). Проверяем чувствительность руки без перчатки (чувствительность должна восстановиться) и той другой, на которую пациент мысленно одел перчатку (как правило, возникает ещё более выраженная анестезия). 9) Перенос перчатки на целевое место (болевою область). При этом, благодаря воображению пациента, перчатка может превратиться в повязку, наклейку, конверт, т. е. то, что покрывает проблемный участок тела. 10) Когда достигнут позитивный результат ему предлагают мысленно снять перчатку/повязку и положить её дома в укромное место, чтобы у пациента всегда была возможность извлечь её и при необходимости воспользоваться вновь аналогичным образом (установка на самогипноз). Для этого дается постгипнотическое внушение о возможности использовать перчатку, когда это потребуется и её способности принимать нужную форму [7, 9].

Прямые внушения в бодрствующем состоянии полезны при возникновении неожиданной боли. Они особенно эффективны, если их делает авторитетное лицо, пользующееся доверием пациента. Например, если человек обжёгся, ему говорят: «Опустите руку в холодную воду, и ваша боль уменьшится, а потом пройдёт».

Можно провести обезболивание с помощью тепла. Например, при сильной головной боли после индукции трансa пациенту предлагают представить, что руки погружены в чашу с тёплой водой. Терапевт говорит: «Держите их там, пока они не разогреются, не станут достаточно горячими. Когда они действительно нагреются положите их по обе стороны шеи, а потом продвигайте вверх, пока они не обхватят голову, так где боль сильнее всего. Почувствуйте, теперь, что тепло ваших рук проникает в голову, распространяется в ней в глубину, постепенно успокаивая боль, согревая и успокаивая, согревая всё больше и успокаивая» [2, 4].

Гипноанестезия также может быть получена через внушение холода и онемения в проблемном месте. Для этого пациента погружают в транс и создают левитацию/каталепсию. «Теперь представьте, какие ощущения у вас возникнут,

если я сделаю уколы, блокирующие чувствительность (при этом несколько раз нужно прикоснуться острием карандаша вокруг запястья) и с каждой новой инъекцией вы будете терять чувствительность в кисти. Вы почувствуете, как она охлаждается, становится все холоднее и холоднее, а потом немеет все больше. Скоро вы вообще не сможете ощущать её, потому что она теряет всякую чувствительность (проверить – ущипнуть или уколоть). Теперь я помогу вам положить эту руку на больное колено. И пусть ощущение холода и онемения в вашей руке постепенно распространится на ваше колено, чтобы оно стало холодным и онемевшим. Когда колено станет холодным и нечувствительным, вы обнаружите, что боль уходит, вы перестаёте её ощущать».

Как вариант, в стоматологической практике предлагают вообразить, как в плечо делают защитный укол. Пациенту необходимо представить цвет анестезирующего продукта и то, как он распространяется по руке в разные стороны, вызывая холод и онемение. Предлагают отчетливо почувствовать «заморозку» в левой руке (проверить её несколькими уколами в руку), потом лёгкость, а затем перенести холод на ту часть рта, где будут проводиться манипуляции. Для этого рука левитирует ко рту и прикасается в нужном месте. Когда пациент почувствует, что защищён от дискомфорта, он сигнализирует об этом, а потом позволяет рту открыться. Если начинается кровотечение, в трансе пациенту можно предложить закрыть кран, который регулирует кровоток в этой области [9].

У детей для локальной анестезии показано применение гипнотической техники «Волшебный карандаш». Гипнотерапевт говорит ребёнку, что будет использовать особый волшебный карандаш и показывает его (фиксируем внимание). Рука ребёнка, где необходимо провести хирургическую манипуляцию, выводится в каталепсию, а терапевт щипает её и спрашивает: «Что я сделал?» – «Ущипнул больно», – отвечает ребёнок. «А теперь смотри, как будет с волшебным карандашом. Он наносит тебе на руку специальный гель (фиксируем внимание). Есть два способа нанесения геля – техника солнца (лучи расходятся в разные стороны) и техника луны (увеличивающиеся в диаметре круговые движения). Какой ты выбираешь?» Карандаш приставляется к руке: «Когда почувствуешь продукт на коже – дашь знать!». Терапевт, прикасаясь карандашом к коже, совершает движения тем способом, который выбрал ребёнок, говорит: «Это гель, который усыпляет кожу, как когда ты спишь. Усыпляет шире и шире, усыпляет всю кисть до запястья! (Может появиться лёгкое онемение в кисти). Очень хорошо. А сейчас я могу проверить, как рука спит?» – «Да». Терапевт снова щипает руку или колет иглой: «Спит, рука?» – «Спит!». «Могу сильнее?» – «Да». Далее хирург проводит на «спящей» руке необходимые манипуляции. После чего рука ребёнка «пробуждается», когда волшебный карандаш начинает двигаться в обратном направлении, вбирая в себя гель, усыпавший её на время. Параллельно суггестируют «разморозку» руки, которая освобождается от анестезирующего геля. В конце терапевт говорит: «Кожа пробудись!», затем меняя голос: «Проверим, проснулась ли она!».

При работе с пациентами, которым предстоит оперативное вмешательство или рожецами, важно спроецировать их в будущее. Предвосхищение позитивного будущего (своего выздоровления или рождения ребёнка) помогает при сложных оперативных вмешательствах, а также при родах. В последнем случае важно, чтобы женщина представила себя в недалёком будущем вместе с новорожденным младенцем, потому что роды прошли нормально и у неё родился здоровый ребёнок. Если предстоит хирургическая операция, пациента отправляют в будущее, когда успешная операция позади, он уже вернулся домой и чувствует себя хорошо. Фактически, здесь используется эриксоновская псевдоориентация во времени, когда субъекту дают возможность из будущего заглянуть в недавнее прошлое и увидеть, сколь успешно были проведены все пугающие ныне хирургические манипуляции, что существенно снижает страх перед возможной болью, страх перед анестезией, страх умереть во время операции [1].

Если при острой боли надо помочь пациенту обрести стабильность, то при хронической пациент стабилен в своей боли, которая буквально изматывает его. Поэтому при работе с хроническими болями (свыше 6 месяцев) необходимо: 1) работать с поражением тела (реального или виртуального); 2) отношением к боли (страхом); 3) сознанием и его застрявшей в прошлом (в момент возникновения боли), фиксированной частью; 4) временной диссоциацией (когда одна часть сознания пациента как-бы существует «здесь и теперь», а другая часть заблокирована в моменте, когда начал изменяться его мир).

У пациентов с хронической болью очень мало ресурсов для изменений. Поэтому надо правильно сформулировать цель. Чем меньше цель – тем больше шансов на успех! Цель должна быть сформулирована в позитивных категориях. Когда пациент говорит: «Хочу, чтобы меньше болела нога», – это не цель. «Хочу иметь возможность самостоятельно ходить по улице», – это цель. Цель должна быть не только ощущаема пациентом, но и наблюдаема, чтобы окружающие люди могли увидеть результат.

Больные с хронической болью поглощены своей патологией и диссоциированы от реальности. В начале работы они склонны долго и весьма подробно рассказывать свою историю, но не надо слушать их слишком долго, в удобный момент их следует прервать, сказав примерно следующее: «Если бы информация о том, что с вами произошло, была бы полезна для вашего выздоровления, то вы бы давно выздоровели» и предложить поработать, сделать что-то новое, чтобы достичь изменений к лучшему.

Одной из наиболее эффективных техник при хронических болях является «техника овеществления боли». Это – виртуальная трансформация некомфортных ощущений в объект, предмет. Она используется при работе с болью и эмоциональными нарушениями. У страха, гнева всегда есть телесная размерность. Например, клиент говорит: «Мне тревожно!». «Где вы чувствуете тревогу в теле?», – спрашивает терапевт, а потом предлагает трансформировать её в некий предмет. Про боль часто говорят: «У меня плечо огнём горит» или «Как будто гвоздь вбит в коленку». У людей существует естественная тенденция описывать боль в виде образов. И это можно использовать, благодаря синестезии. Когда кинестетическая модальность в виртуальном пространстве пациента сцепливается с визуальной (получаем образ из ощущения), трансформация полученного образа приводит к уменьшению/исчезновению боли. Виртуальное решение – взять плоскогубцы и извлечь гвоздь из коленки или затушить огонь в плече водой или пеной из огнетушителя.

При овеществлении боли мы определяем локализацию ощущения (не боли!); его границы (четкие, размытые), размеры и форму; глубину, толщину, содержимое и его фактуру; поверхность (гладкая или шероховатая); вес, температуру; есть ли что-то, что фиксирует воображаемый предмет с одной стороны или с двух сторон; цвет (матовый или блестящий); возможно какие-то звуки или вибрация. Цель данной техники не столько сразу устранить боль целиком, сколько запустить процесс изменений. Сначала конструируем предмет в разговорном гипнозе (активизируем виртуальное сознание). Затем формируем транс, делаем левитацию, которая увеличивает телесную диссоциацию и запускает процесс изменений. Пока рука левитирует предлагаем пациенту, используя собственные сознательно-бессознательные возможности, найти оптимальный способ виртуального извлечения этого предмета из своего тела. И реализовать его в своём воображении, насколько это возможно. В конце работы даются открытые внушения, побуждающие к дальнейшим позитивным изменениям.

При затяжных процессах и, в частности, хронической боли необходимо привести организм в движение – использовать что-то новое, что дестабилизировало бы устоявшееся положение вещей. Нужно активизировать тот уровень внутренних ресурсов пациента, который умеет приводить организм в движение, умеет удивлять, в котором так много энергии для изменений. Левитация как раз и создаёт движение, удивление, способные изменить обычные внутренние стратегии, поэтому она хорошо подходит для решения хронических проблем (затяжная депрессия, перманентная тревога, хроническая боль). Когда возникает движение руки, внушаем чувство удивления и новизны, потому что именно эти размерности заблокированы у больных с хронической болью, и нужно их разблокировать, чтобы возникла терапевтическая динамика. Нередко, опыт левитации у пациента приводит к тому, что он потом говорит: «Невероятно, я не думал, что у меня что-либо измениться, но произошли новые вещи, которые позволяют иначе посмотреть на проблему». Э.Росси называет это – получение «нуминозного опыта», т. е. опыта, открывающего разум [9].

В работе с хронической болью может использоваться «техника светового потока». Пациенту предлагают сосредоточиться на болезненных ощущениях в теле. Определить где они, как глубоко, имеют форму, размер, цвет, консистенцию, температуру, звук, связанный с ощущением в теле (высокий он или низкий). Получив искомый образ, спрашивают: «Какой цвет из любимых вами ассоциируется у вас с исцелением?» Получив ответ, далее суггестируют: «Представьте, что луч того цвета (назвать цвет), который символизирует для вас выздоровление, спускается сверху и мягко проникает вам в голову через макушку. Источник этого света – космос... Самое большое, что может представить человеческий разум. Свет мягко и без усилий заполняет голову. Он устремляется через шею в грудную клетку, плечи и дальше всё ниже, пронизывая всё тело... Доходит до образа. Когда это происходит, обратите внимание, как изменяется его форма, размеры и цвет? Свет проникает в туловище — легко и без усилий, — а потом через ягодицы идет в ноги и дальше, к ступням». Надо стремиться к тому, чтобы свет полностью заполнил проблемную область, что автоматически приводит к исчезновению/уменьшению дискомфортных ощущений. В завершении необходимо «отсоединить» пациента от светового потока, который вновь уходит ввысь, суггестируя сохранение эффекта от целебного воздействия светового потока [8]. Перед выведением из транса полезно сделать реиндукцию рекапитуляции (попытать основные шаги и дать установку на самостоятельное использование пациентом данной техники в самогипнозе).

Как уже было указано, одна из проблем при хронической боли – временная диссоциация. И в трансе можно использовать возрастную регрессию, чтобы отправить пациента в период  $T^{-1}$  (момент до начала боли). Для этого сначала ориентируем пациента с хронической болью на настоящее время, на то, что происходит «здесь и сейчас». Чтобы отправить в прошлое, можно сказать: «Сегодня четверг, а можно отправиться в такой же четверг, который был в ноябре прошлого года и обрести воспоминания ноября прошлого года». Но гораздо более мощная диссоциация с возрастной регрессией возникает, если начать с дня сегодняшнего, потом предложить вспомнить, события трехдневной давности, потом что-то, что происходило 3 недели назад, затем 3 месяца назад, год назад, а последний регрессивный скачок проводят во время до того, как заболел, когда всё было хорошо и дать побыть там, где он чувствовал себя комфортно. Для возвращения в реальность надо провести пациента через все эти этапы в обратном порядке. А постгипнотическое внушение может содержать послание о том, что ощущения, которые испытал пациент в трансе заменят те, другие ощущения, когда он целиком вернется обратно, снова окажется «здесь и сейчас».

При хронической боли полезно использовать технику «волшебного вопроса». Если бы однажды случилось чудо, вы проснулись утром, а проблемы больше нет. Ночью пришла фея и сотворила волшебство. Как вы об этом узнаете? Что изменится? Что вы почувствуете в теле, как только откроете глаза? О чем вы будете думать? Как вы будете выглядеть? А как другие люди, включая близких, глядя на вас, узнают, что проблемы больше нет? А что вы будете делать с этим новым состоянием на протяжении всего дня, когда проблема осталась в прошлом. Потом возвращаем назад в прошлое, а, фактически, в настоящее: «И перед тем, как это случилось, и вы проснулись утром без проблемы, вы спали ночью и вам снились сны, а перед этим вы легли в кровать после ужина, а до этого вы вернулись домой и вы добирались домой на транспорте, когда вышли отсюда, а до этого одевались, сидели в этой комнате на этом стуле...».

При трансовой работе с хронической болью можно использовать структурированные метафорические образы. Например: «Представьте, что в задней части вашего мозга находится огромная диспетчерская, как на электростанции. Там расположено множество панелей с датчиками, тумблерами, выключателями, рубильниками и кнопками. Дайте знать, когда отчётливо представите себе образ диспетчерской... Хорошо! А теперь я предлагаю вам найти конкретный рубильник или тумблер, который отвечает за интенсивность болевых ощущений. Дайте мне знать, когда увидите его. Теперь переключите его в сторону понижения боли, просто отключите часть боли. А когда боль уменьшится, вы можете попробовать выключить её целиком...» [3].

В случае локализованной хронической боли можно использовать в трансе образы, нацеленные на пораженную область и изолирующие её. Например, предлагают вообразить круглый шар, размером с ладонь. Может быть он похож на мыльный пузырь. И шар плывёт по воздуху, приближаясь к тому месту, где пациент чувствует боль. И он покрывает

кожу в том месте, где болит... Потом он медленно проникает сквозь кожу и мышцы, чтобы полностью окружить и окутать боль. И вот она поймана в ловушку и можно посмотреть на неё. Возможно, она кружится внутри пузыря, словно жидкие чернила. И пузырь, вобрав в себя боль, начинает медленно перемещаться и выходить наружу. И вот уже он плывёт перед вами со всем своим содержимым и можно наблюдать как его, уносит ветерок, а вы чувствуете облегчение, успокоение...» [4].

Также применяется одна из модификаций техники Э.Росси. Пациенту предлагают поставить руки перед собой, согнув их в локтях под углом примерно 45 градусов, обращенными ладонями друг к другу. На одной руке предлагают разместить все жизненные трудности (боль, дискомфорт), а все бессознательные ресурсы – на другой. По мере того, как руки входят в катаlepsию, надо исследовать всё то, что приносит дискомфорт и страдания. Далее пациента сопровождают, отслеживая любые произвольные движения в руках. Иногда движения активные, иногда их почти нет. Это неважно, потому что, так или иначе, почти все пациенты сохраняют хорошую телесную диссоциацию. Если руки начинают сближаться, надо сопровождать пациента, всячески поддерживая его: «Очень хорошо! Да, это очень интересно. И вы сможете сделать это...». По возможности, надо дать рукам сомкнуться, связав их схождение с тем, что «все необходимые бессознательные ресурсы максимально используются для решения проблемы боли» [1, 6].

Психотерапевтическая работа с хронической болью проводится в краткосрочном формате. Часто для достижения устойчивого терапевтического эффекта достаточно 3-6 сессий. Наилучшие результаты достигаются, если пациент при необходимости может выполнить рекомендованные ему упражнения в самогипнозе.

Безусловно, все вышеперечисленные приемы не исчерпывают возможностей гипноза в терапии боли. Например, существует целый ряд техник гипнотического сопровождения в родах и во время хирургических (включая стоматологические) операций Дейва Элмана [5]. Но в данной статье нами рассмотрены техники работы с болью, которые применяют специалисты, использующие преимущественно эриксоновский подход к работе в гипнотическом трансе.

### **Литература**

1. Гинзбург М., Яковлева Эриксоновский гипноз: систематический курс.- М.: Нез. фирма «Класс», 2015 – 264 с.
2. Карл Г., Бойз Д. Гипнотерпия. Практическое руководство /пер. с англ. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс; Спб.: Сова, 2002. – 352 с.
3. Кинг М. У., Цитренбаум Ч. М. Экзистенциальная гипнотерапия /пер. с англ. – М.: Нез. фирма «Класс», 1998. – 176 с.
4. Линн С., Кирш И. Основы клинического гипноза: Доказательно-обоснованный подход / пер. с англ. – М.: Психотерапия, 2011. – 352 с.
5. Элман Д. Гипнотерапия / пер. с англ. – М.: Психотерапия, 2014. – 313 с.
6. Эриксон М., Росси Э. Переживание гипноза: терапевтические подходы к измененным состояниям / пер. с англ. – М.: Психотерапия, 2015. – 295 с.
7. Япко М. Трансовая работа: введение в практику клинического гипноза/ пер. с англ. – Психотерапия, 2013. – 720 с.
8. Levine S. Additional visualizations for emotional and physical pain contained // Guided meditations, explorations, and healings. New York: Doubleday.- 1991. – p. 78-85.
9. Virof C., Bernard F. Hypnose, Douleurs Aiguës et Anesthésie. - Editions Arnette, 2010.- 384 p.