

Библиотека практического врача

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

С 765096



Ленинград, «Медицина»
Ленинградское отделение 1973

Панов А. Г., Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А.
Аутогенная тренировка. 1973.

В книге кратко излагается история зарождения и развития европейской системы самовнушения, древнеиндийской системы йогов, психотерапии убеждением и содержание психофизиологических исследований Шульца и Джейкобсона. На основании собственного опыта и литературных данных освещаются физиологические и психологические основы аутогенной тренировки, приводятся показания к применению метода и подробно излагается техника проведения упражнений. Особое внимание уделено психогигиеническому, психопрофилактическому и профессиональному использованию метода. Представлены методики индивидуальных и групповых занятий при отдельных нозологических формах и синдромах, техника низшей и высшей ступеней. Даны варианты аутогенной тренировки, в том числе оригинальная модификация.

Монография написана для невропатологов и психиатров, а также для практических врачей другого профиля, желающих овладеть методом аутогенной тренировки.

Книга содержит 15 рисунков, 16 таблиц и библиографию — 278 наименований.

ВВЕДЕНИЕ

Аутогенная тренировка — активный метод психотерапии, психопрфилактики и психогигиены, повышающий возможность саморегуляции исходно непроизвольных функций организма. За последние годы этот метод завоевывает все большую популярность.

Простота лечебных приемов, нормализация под их влиянием высшей нервной деятельности, эмоциональной сферы и вегетативных функций организма, привлечение личности больного к процессу лечения превращают аутогенную тренировку в систему активизирующей психотерапии и делают ее доступной широкому кругу врачей. Достигаемая с помощью аутогенной тренировки саморегуляция эмоционально-вегетативных реакций, в частности уменьшение эмоционального напряжения, позволяет использовать этот метод не только в клинической практике, но и в области авиационной и космической физиологии, инженерной психологии, общей и военной педагогики, при обучении актерскому искусству, подготовке спортсменов, операторов, в разработке проблемы биотокового управления, а также в ряде профессий, связанных с острыми или хроническими стрессовыми ситуациями.

Наряду с седативным влиянием аутогенной тренировки, может быть использована ее модификация, имеющая целью намеренно усилить эмоционально-вегетативную мобилизацию и точно рассчитать ее во времени. Такая модификация, в основе которой находится принцип «залповой» и кратковременной реализации нервной энергии в ее максимальном выражении, применяется в спорте и некоторых специальных видах человеческой деятельности.

Среди методов психотерапии аутогенная тренировка занимает особое место, так как, применяя ее, тренирующийся сам активно включается в психотерапевтическую работу при полном сохранении инициативы и самоконтроля. Активность аутогенной тренировки противостоит некоторым отрицательным свойствам гипнотерапии — пассивному отношению больного к процессу лечения, чувству зависимости от врача, обусловленности положительных результатов внушаемостью.

Приемы аутогенной тренировки усваиваются в процессе систематических упражнений, что придает этой методике тренировочный характер. Поскольку такая тренировка немыслима без одновременного упражнения воли, ее следует признать и активизирующей личностью. Влияние врача — руководителя занятий, разъясняющего физиологический смысл упражнений, осуществляется убеждением, лишь в незначительной степени являясь косвенным внушением. Аутогенная тренировка несет в себе элементы аутодидактики и аутосуггестии. Следует особо подчеркнуть, что основным элементом

методики, имеющим самостоятельное терапевтическое значение, является тренировка мышечной релаксации. По мере овладения приемами саморегуляции наступает не только общее улучшение состояния. Больные освобождаются от страха перед болезнью, убеждаются в том, что они могут влиять на болезненные ощущения, полностью от них избавляясь или существенно их ослабив. Это реабилитирующее действие метода подчеркивается многими авторами.

Аутогенная тренировка все шире применяется в клиниках нервных болезней, неврозов и психиатрии. Возрастает ее значение и в терапии целого ряда других заболеваний. Это становится понятным при учете следующих соображений.

Во-первых, многие патологические реакции организма сопровождаются невротическими состояниями, которые усугубляют течение основного заболевания, нередко извращая его клиническую симптоматику. Во-вторых, функциональное расстройство в ряде случаев может приводить к органическим нарушениям. В-третьих, очень часто органические и функциональные заболевания взаимно связаны и лечение должно предусматривать воздействие на обе эти стороны патологического процесса. Отсюда вытекает стремление врача любой специальности овладеть многообразными приемами психотерапии, включая и такой активный метод, как аутогенная тренировка. Можно согласиться с мнением М. С. Лебединского (1971) о том, что элементы психотерапии должны входить в любую систему лечебной помощи.

Рост популярности метода среди больных и врачей различного профиля, все продолжающееся расширение сферы применения аутогенной тренировки объясняется тем, что главнейшее звено метода заключается в возможностях восстановления нервной регуляции многих физиологических процессов.

Успехи в терапии тех или иных заболеваний зависят от множества причин. Среди них немаловажное место занимает мастерство врача и, в частности, практическое умение подобрать и применить нужный метод лечения. Это целиком относится и к психотерапии. Так, например, поскольку применение аутогенной тренировки требует активного участия больных, лечение истерии может оказаться не всегда эффективным. Это обычно объясняется внутренним сопротивлением больного лечению из-за «условной приятности» или «желательности» болезненного симптома.

Иначе обстоит дело с невротическими расстройствами, в структуру которых входят эмоции страха, эмоциональная напряженность, чувство тревоги и беспокойства. В связи с тем, что важным соматическим компонентом отрицательных эмоций является мышечное напряжение, аутогенная тренировка, позволяя добиваться эффективной релаксации мышц, одновременно приводит и к созданию у больного чувства покоя, внутреннего равновесия. Применение на фоне релаксации аутодидактического воздействия и самовнушения (специально подобранные для каждого больного формулы) позволяет добиваться успеха при фобиях, навязчивых

ритуальных действиях, астенических состояниях, нарушениях сна и т. д. Целенаправленные упражнения аутогенной тренировки в последнее время применяются не только при неврозах, но и при стенокардии, ишемической болезни сердца и постинфарктных состояниях (психотерапевтическое блокирование невротической переработки симптомов и воспитание стенического отношения к болезни), начальных формах гипертонической болезни, эндартериита, мигрени и болезни Рейно, бронхиальной астме, эзофагоспазме (тренировка расслабления гладкой мускулатуры), нейродермитах и многих других заболеваниях.

Интерес к методу, начиная с 50-х годов нашего столетия, неуклонно возрастает. Книга одного из создателей аутогенной тренировки Schultz вышла в 1966 г. двенадцатым изданием. По его данным, только в ФРГ не менее 15 000 человек с успехом применяют этот метод. В США число лиц, применявших к 1959 г. аутогенную тренировку, достигало 100 000 (Luthe, 1960).

В нашей стране на IV Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров (1963) аутогенная тренировка была рекомендована для включения в комплексную психотерапию. По нашим данным, к 1960 г. в Ленинграде аутогенная тренировка применялась лишь в двух лечебных учреждениях (психоневрологический диспансер Ленинского и Кировского районов — Г. С. Беляев и А. А. Мажбич, психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева — С. С. Либих) и охват не превышал 150—200 больных в год. К 1968 г. аутогенная тренировка использовалась в 9 лечебно-профилактических учреждениях города с ежегодным охватом не менее 2 тысяч больных. Симпозиум по аутогенной тренировке, проведенный в декабре 1967 г. в Ленинграде, показал, что этим методом широко пользуются в ряде клиник Советского Союза (И. З. Вельвовский, Я. Р. Гасуль, А. Л. Гройсман, Н. В. Иванов, М. С. Лебединский и сотр., А. Г. Панов и сотр., И. М. Перекрестов, В. Е. Рожнов, А. М. Свядош и А. С. Ромен, А. Н. Шогам и К. И. Мирровский и др.). На заседании Ленинградского общества невропатологов и психиатров, посвященном проблемам аутогенной тренировки (15 сентября 1970 г.), обсуждались не только терапевтические возможности метода (Г. С. Беляев), но и нейрофизиологические механизмы (А. Г. Панов, В. С. Лобзин, Т. Г. Богия, Г. С. Беляев, В. П. Фомченков), вопросы применения метода в реадaptации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (В. Е. Киприанович), в комплексе профилактики профессиональных заболеваний на производстве (И. А. Копылова), использования в спорте (Л. Д. Гиссен), в психофизическом обучении военнослужащих (Г. Н. Соборнов).

Применение аутогенной тренировки в клинике нервных болезней ВМА им. С. М. Кирова и в Объединенной клинической психоневрологической больнице им. И. П. Павлова за последние годы показало возможность использования ее не только в плане психотерапии. Овладение собственными эмоциями, тренировка воли, памяти, концентрация внимания, создание гибкой, подвижной

и устойчивой высшей нервной деятельности, привычка к самонаблюдению и самоотчету — это именно те, вырабатываемые аутогенной тренировкой качества нервной системы, в которых нуждается каждый специалист, занятый в особенно сложных и напряженных по нервно-психическим условиям профессиях. Отсюда вытекает очень важное прикладное значение аутогенной тренировки. Коррекция с помощью этого метода неблагоприятных индивидуальных психологических особенностей личности (преобладание в сложных условиях отрицательных эмоций и трудности их преодоления, эмоциональная и мышечная напряженность, заторможенность, медлительность, снижение внимания и т. д.) и чрезмерных вегетативно-сосудистых сдвигов, наряду с психопрофилактической направленностью, может, несомненно, ускорять овладение современной техникой и оказывать положительное влияние на производительность труда в сложной инженерно-психологической системе «человек-машина».

В соответствии с широким спектром применения аутогенной тренировки существует много ее вариантов, освещенных в научной печати. Опубликовано несколько кратких методических писем и учебных пособий прикладного значения. Однако в отечественной литературе до сих пор нет достаточно полных руководств, которые могли бы дать цельное представление о методе и помочь врачу-практику выбрать оптимальный вариант аутогенной тренировки. В представлениях о механизмах влияния метода на разнообразные функции организма господствует психологическое направление. Физиологические основы аутогенной тренировки в литературе представлены недостаточно или не рассматриваются с позиций современной нейрофизиологии.

В предлагаемой монографии излагается история метода; на основании литературных данных и собственного опыта освещаются физиологические и психологические основы аутогенной тренировки; представлена современная техника аутогенной тренировки и проведен физиологический и клинический анализ различных ее модификаций; излагаются методики индивидуальных и групповых занятий, оригинальная модификация, разработанная Г. С. Беляевым. Приводятся элементы тренировки высших ступеней, предназначенных для моделирования заданного настроения; даны варианты психогигиенического, психопрофилактического и профессионального применения метода.

Рекомендации обоснованы личным опытом применения аутогенной тренировки более чем у 5000 больных в стационарах психиатрического и неврологического профиля и в амбулаторных условиях.

ИСТОРИЯ И ИСТОЧНИКИ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Существует представление, что аутогенная тренировка — новый, оригинальный, совершенно самостоятельный метод психотерапии, предложенный в 1932 г. немецким интернистом и психотерапевтом Иоганном Генрихом Шульцем (Schultz, 1932). Благодаря работам Шульца, его многочисленных учеников и последователей, аутогенная тренировка получила признание за рубежом, в первую очередь, как метод лечения и профилактики неврозов и купирования некоторых синдромов функционального происхождения при так называемых кортико-висцеральных заболеваниях. В течение ряда лет работает «Интернациональный координационный комитет для клинического применения и обучения аутогенной терапии» (ICAT), в состав которого от СССР входит проф. А. М. Свядош (Ленинград). Начиная с 1961 г. ICAT пять раз созывал международные конгрессы. При медицинском факультете университета Киуши (Фукуока, Япония) в составе исследовательского института им. Оскара Фогта с 1969 г. работает «Интернациональная исследовательская организация по применению и обучению аутогенной терапии». Как метод, обучающий саморегуляции и тренирующий ряд психических функций, она рекомендуется многими авторами. Среди регулярно занимающихся аутогенной тренировкой в США и Канаде, как об этом сообщает Luthe (1965), много технической интеллигенции и администраторов, видящих в ней средство сохранения и повышения работоспособности. Kleinsorge, Klumbies (1959), сообщая о популярности метода и показаниях к его применению, приводят перечень 39 нозологических форм. Ruck (1956) указывает, что хорошие непосредственные результаты лечения отмечаются в 70%. Приемы аутогенной тренировки находят применение в терапии алкоголизма (Orme, Snider, 1964), в акушерско-гинекологической практике (Chertok, 1959; Prill, 1965), в лечении последствий закрытых травм мозга (Binder, 1960).

В нашей стране первое упоминание о «технике Шульца» принадлежит П. М. Зиновьеву (1934), однако сообщение о методе с изложением собственных исследований появилось в нашей печати почти четверть века спустя (Мюллер-Хегеманн, 1957). Пионерами в лечебном применении аутогенной тренировки в нашей стране стали А. М. Свядош и Г. С. Беляев. Первые упоминания об аутогенной тренировке в отечественных литературных обзорах и монографиях относятся к 1958 и 1959 гг. и принадлежат Н. В. Иванову (1958), М. С. Лебединскому (1959), А. М. Свядошу (1959). Первые оригинальные исследования аутогенной тренировки опубликованы А. М. Свядошем и его сотр. (1961, 1962, 1963). В 1968 г. краткий библиографический указатель, составленный Г. Н. Бычко-Токовой

(1968), насчитывал 64 работы отечественных авторов. По нашим данным, к настоящему времени число отечественных работ, в которых рассматриваются различные аспекты проблемы, превысило 400, а «география» практического применения методики распространилась фактически на всю территорию страны.

Отечественные психотерапевты придерживаются мнения, что оптимальный терапевтический эффект обеспечивается только сочетанием аутогенной тренировки с иными лечебными приемами (Н. В. Иванов, 1962; В. Н. Мясищев, 1966; М. С. Лебединский, 1968; С. С. Либих, 1969, и др.). Ошибочно было бы считать аутогенную тренировку тем особым, исключительным направлением психотерапии, которое может вытеснить все остальные методы и не связано с разработкой общих проблем лечебного использования внушения и самовнушения и многими другими средствами положительного воздействия на личность больного.

По нашему мнению, можно выделить четыре источника, с которыми в той или иной степени связано происхождение аутогенной тренировки в ее современном виде: практика использования самовнушения нансийской школой (европейская система самовнушения), древнеиндийская система йогов, исследования ощущений лиц, подвергающихся гипнотическому внушению (работы Schultz), психофизические исследования эмоций (работы Jacobson), а также разъясняющая (рациональная) психотерапия (работы Rosenbach, Dubois, DeJérine, Forel).

ЕВРОПЕЙСКАЯ СИСТЕМА САМОВНУШЕНИЯ

Приемы самовнушения в лечебной практике, найденные эмпирически, применялись еще в глубокой древности. Первые серьезные шаги в медицинском использовании самовнушения в бодрствующем состоянии связывают с так называемой «малой нансийской школой» (Coué, 1922; Baudouin, 1920). Однако лечебное самовнушение на научной основе было впервые разработано и применено отечественными исследователями. В 1881 г. И. Р. Тарханов опубликовал одно из первых научно достоверных наблюдений о влиянии самовнушения на произвольные функции организма. Методику самовнушения с предварительным обучением в гипнозе впервые применил в 1890 г. В. М. Бехтерев. Реализация приемов самовнушения в этом случае приобретала характер постгипнотического внушения. Я. А. Боткин в 1897 г. предложил обучать больных сознательному использованию самовнушения для предупреждения и преодоления невротической фиксации симптомов соматических заболваний. Представитель нансийской школы Lévy (1898) предложил «рациональное воспитание воли» для целей самолечения. Его методика сводилась к тренировке воли путем усиленной концентрации внимания в состоянии «полусна» одновременно с произнесением «про себя» особых формул самовнушения, разработанных для целого ряда болезненных состояний. Hirschlaff (1919) предложил «упраж-

нения успокоения», в которых можно усмотреть зародыш последовательной релаксации по Jacobson. Больному предлагалось занять удобное положение, сосредоточиться, пережить ощущение покоя и комфорта и запомнить его. Этот прием рекомендовалось повторять несколько раз в день, постепенно увеличивая время упражнений.

Наибольшее распространение среди методик самовнушения получила система французского аптекаря Куэ, названная им «школой самообладания путем сознательного самовнушения». Куэ основывался на упрощенных и даже примитивных представлениях о природе заболеваний человека. Он лечил больных самыми разнообразными, в том числе органическими заболеваниями, не интересуясь ни диагнозом, ни личностью больного. По убеждению Куэ, которое он передавал больным, главной причиной болезней является человеческое воображение. Поэтому он и предлагал им лечиться самовнушением, заявляя, что выздоровление непременно наступит, если несколько раз в день, сидя или лежа в удобной позе, мысленно или шепотом 30 раз подряд повторять формулы самовнушения вроде: «Мне становится лучше и лучше... Мои силы нарастают с каждым днем... Мое зрение (или слух, или другие функции) улучшается... Я совершенно здоров». Метод Куэ развил и аргументировал Baudouin (1920), исходивший из предположения о том, что поведением человека управляют воображение и подсознательные влечения. При мысленном повторении одних и тех же фраз, по мнению Baudouin, автоматически возникает внутреннее сосредоточение, «уверенно действующее на бессознательное». Куэ и Бодуэн, непомерно расширяя роль самовнушения далеко за рамки медицинской практики, старались создать даже идеалистическую систему совершенствования современного им общества, полагая, что самовнушение может изменить мировоззрение людей.

Самовнушение по Куэ—Бодуэну приобрело в 20-е годы широкую, но кратковременную популярность. В нашей стране «куэизм» подвергся критике в связи с тем, что он игнорировал нозологические особенности заболевания и личность больного в их взаимоотношениях (В. М. Бехтерев, 1925; И. С. Хазацкий, 1925). Ю. В. Каннабих писал, что в методе Куэ: 1) совершенно отсутствует всякий анализ происхождения болезни; 2) само лечение носит грубо механистический характер¹. Тот факт, что Куэ брался лечить любое заболевание, создало условия для шарлатанства и скомпрометировало метод (П. М. Зиновьев, 1934). Однако положительной стороной работ Куэ и его последователей была пропаганда активных методов психотерапии и корригирующего самовнушения. Куэ способствовал утверждению активной роли пациента в лечебном процессе и развитию идей тренировки и упражнения в психотерапии. С этой точки зрения к взглядам Куэ близки некоторые положения таких тренирующих психотерапевтических систем, как «психодрама» (Могено, 1966), «имаготерапия» (И. Е. Вольперт, 1971), различные модификации лечения посредством сознательной регуляции мышечного

¹ Каннабих Ю. В. В сб.: Основы терапии, т. II, М., 1926, с. 62.

тонуса (Jacobson, 1938; Stokvis, 1959). Куэ показал также целесообразность положительного самовнушения взамен негативного («Я здоров» вместо «Я не болен»). Благодаря этим положительным сторонам метод самовнушения был сочувственно встречен В. М. Бехтеревым, отстаивавшим принцип тренировки и обучения в психотерапии (1911, 1925). И в наши дни самовнушение, освобожденное от методологических недостатков «куэизма», применяется либо как самостоятельный лечебный прием (Klumbies, 1952; Salfeld, 1957, 1958; Moss, 1958), либо как составная часть в комплексных методиках психотерапии (Kretschmer, 1958, Langen, 1961; Völgyesi, 1959).

Сущность самовнушения очень четко и определенно характеризуется И. П. Павловым: «Раз точный исторический факт, что христианские мученики не только терпели, но с радостью шли на мучения и умирали с хвалой тому, во имя кого они собой жертвовали, то перед нами яркое доказательство силы самовнушения, т. е. концентрированного раздражения определенного района коры, сопровождающегося сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих, так сказать, коренные интересы всего организма, его целостности, его существования. Если силы внушения и самовнушения таковы, что даже уничтожение организма может происходить без малейшей физиологической борьбы со стороны организма, то при доказанной широкой возможности влияния коры на процессы организма с физиологической точки зрения легко могут быть поняты произведенные путем внушения и самовнушения частичные нарушения целостности организма при посредстве также теперь доказанной трофической иннервации»¹.

Роль второсигнальных раздражителей в регуляции функций организма была отчетливо показана выдающимися представителями отечественной физиологии и неврологии И. М. Сеченовым, И. П. Павловым, А. А. Ухтомским, В. М. Бехтеревым, К. И. Платоновым и др. Действие самовнушения, согласно теории А. А. Ухтомского, объясняется концентрированным раздражением определенного участка коры, т. е. возникновением доминанты на фоне сниженного коркового тонуса. При таком состоянии коры возникает доминирование второсигнальных следовых процессов над реальным воздействием среды.

Возникновение физиологических сдвигов под влиянием самовнушения убедительно показано в клинике и эксперименте (Л. Е. Хозак, 1934; А. М. Свядош, 1961; А. С. Егоров, 1963; М. Н. Валуева, 1967; А. Г. Панов и соавт., 1968; А. С. Ромен, 1970). Хотя в толковании механизмов аутогенной тренировки самовнушению отводится неординарное место (в зависимости от модификации методики), следует признать, что элементы самовнушения являются одним из ее источников и входят непременно в современные варианты техники упражнений.

¹ Павлов И. П. Полн. собр. соч., т. III, кн. 2, М.—Л., 1951, с. 212.

ДРЕВНЕИНДИЙСКАЯ СИСТЕМА ЙОГОВ

Вторым источником, существенно повлиявшим на создание методики аутогенной тренировки, была система йогов. По словам А. М. Свядоша (1959), многие приемы метода заимствованы от индийских йогов, однако лишены той мистической основы, на которую опирается учение о йоге.

Йога (санскр. — сосредоточение мыслей, созерцание, буквально — «соединение») — одна из главных ортодоксальных идеалистических систем индийской философии. Йога утверждает, что человек может путем самоуглубления, самосозерцания и аскетизма овладеть «сверхъестественными силами, соединиться со вседушою Брамой». К средствам, которыми достигается это «очищение и просветление» ума, относятся: воздержание («яма»); культура питания, труда и отдыха («нияма»); положение тела («асана»); контроль за дыханием («пранаяма»); «удаление» чувств («пратьяхара»); концентрация внимания («дхарана»); созерцание («дхьяна») и сосредоточение («самадхи»).

Философия йогов — законченная идеалистическая философия. Вера в существование сверхъестественных сил и возможность общения с ними посредством магических приемов в моменты особого экстаза, «самадхи», «озарения свыше» есть неприкрытая мистика. Другие стороны системы йогов, базирующиеся в основном на эмпирических находках индийской народной медицины, интересуют нас больше. Вопросы телесной гигиены, физического здоровья и приемы саморегуляции физиологических процессов рассматриваются «хатха-йогой». Упражнения в сосредоточении внимания, развитии воли, памяти и иные приемы тренировки высших психических функций содержатся в системе «раджа-йоги».

Эта практическая сторона системы йогов, вне мистической оболочки, возможность натренированным усилием воли перестраивать многие физиологические процессы в нужном направлении и представляет особый интерес для врача-психоневролога, психолога и физиолога. При ближайшем рассмотрении способов, применяемых для достижения «сна йогов», выяснилось, что йогини фактически пользуются средствами, аналогичными применяемым для обычного гипнотического сна. Систематическое отвлечение внимания, чему способствует спокойная окружающая обстановка, длительное пребывание в определенных положениях («асанах»), фиксация взгляда и т. д. — все эти приемы, включая использование сложных представлений и образов («священные слова» — «mantras»), должны рассматриваться частью как подготавливающие гипноз, частью же как непосредственно гипногенные (Völgyesi, 1927; М. А. и В. Е. Рожновы, 1962; Das, 1963; А. П. Слободяник, 1963). С точки зрения современной научной медицины «сон йогов», видимо, представляет собой переход аутогипноза в состояние парабноза, при котором функции дыхания и кровообращения минимальны, а сильные внешние раздражители не вызывают никакой реакции. Физиологический смысл имеют и другие комплексы упражнений йогов.

Йогины считали, что физическое и психическое здоровье является неперенным условием для достижения высших степеней познания и что для повышения выносливости и работоспособности необходима регулярная тренировка функциональных возможностей организма (Радхакришнан, 1957). Так, например, сложная система дыхательной гимнастики («пранаяма»), так называемое «полное дыхание йогов» приводит не только к улучшению вентиляции легких и повышенному насыщению крови кислородом. Подчеркивается значение увеличенной экскурсии диафрагмы для самомассажа внутренних органов. На этот факт обращают внимание и другие авторы (Augelius-Baeurle, 1929).

А. С. Залманов указывает на внушительную площадь диафрагмальной мышцы, которая при форсированном дыхании или дыхательных упражнениях по системе йогов «опускается как совершенный нагнетательный насос, сжимая печень, селезенку, кишки, желудок, оживляя все порталное и брюшное кровообращение. Диафрагма опорожняет венозную систему живота и проталкивает кровь к грудной клетке. Это второе, венозное сердце. Систематически сжимая печень, диафрагма облегчает, а может быть, и направляет поток желчи, обеспечивая кровообращение в печени, и косвенно воздействует на все ее функции»¹. Наряду с этим можно указать и на существование прямой и обратной физиологической связи между дыханием и эмоциональным состоянием (задержка, стеснение, напряжение дыхания при отрицательных эмоциях и свободное, глубокое без усилий дыхание при положительных эмоциях).

Система дыхательной гимнастики йогов, приемы расслабления мускулатуры и регулирования произвольных вегетативных функций, гигиенические правила йоги, сводящиеся к поддержанию особой чистоты тела, режиму труда и отдыха, диетическим правилам, регулированию функций кишечника и другие приемы разумны в своей основе, несмотря на наивную аргументацию. Судя по сохранившимся источникам, йоги понимали тесную связь между тонусом мускулатуры, мимикой и эмоциональным состоянием, умело используя эту связь в соответствующих упражнениях. Используя мышечную систему как наиболее поддающуюся непосредственному волевому контролю, посредством релаксирующих упражнений (например, поза «шавасана» требует полного расслабления мышц) они научились воздействовать на эмоционально-вегетативную сферу. Гимнастика йогов предпочитает статические позы («асаны»). Они тренируют выносливость и требуют высоких степеней самоконтроля, сосредоточенности и «переживания» любого элемента. Этим, в частности, объясняют физиологический и психотерапевтический эффект гимнастики йогов (Kirschneg, 1958; А. А. Краукли, 1964).

Черты сходства и различия методов аутогенной тренировки и практической системы йогических упражнений подробно разбирает

¹ Залманов А. С. Тайная мудрость человеческого организма. М.—Л., 1966, с. 29.

Шульц в своей работе «Высшая ступень аутогенной тренировки и раджа-йога» (1932). Анализируя «асаны», он разделяет их на позы удобного положения, позы гипнотического значения и упражнения, имеющие самостоятельное терапевтическое значение. Он указывает на то, что к упражнению в исходном положении лежа, которое рекомендуется при проведении аутогенной тренировки, ближе всего стоит «шавасана»: положение лежа с обращенным вверх лицом и максимально расслабленными мышцами. В этой позиции тренируют ритмическое, ровное и медленное дыхание. Упражнению аутогенной тренировки в положении сидя соответствует «сиддхасана» (поза «созерцания»), в некоторой степени «падмасана» (поза лотоса) и «синхасана» (поза льва). Считают, что эти позы обладают тонизирующим действием, в том числе у мужчин усиливают сексуальную потенцию. В этих позах подбородок приближается к груди, открывается рот, расслабляется мимическая мускулатура, язык слегка прижимается к нёбу, взгляд направлен на переносицу или слегка выше, с одновременной конвергенцией глазных яблок. Шульц подчеркивает то обстоятельство, что внутренне-верхнее положение глазных яблок совпадает в системе йогов и в его технике при переходе от низшей ступени к высшей, являясь старейшим составным элементом гипноза. Точно так же, как достижение высшей ступени техники Шульца предполагает совершенное, уверенное и точное овладение общей техникой низшей ступени, в системе упражнений йогов имеется преемственность между «хатха-йогой» и «раджа-йогой». По словам Шульца, если отбросить все фантастические элементы, то в йоге поражает глубина и утонченность. Психотерапевтов, по его мнению, должен также интересовать вопрос, являются ли «яма» (воздержание) и «нияма» (под которой в культуре питания, труда и отдыха подразумевались в первую очередь непритязательность и аскетизм) необходимой предпосылкой для психофизических достижений йогов?

Говоря о задачах изучения системы йогов и о ее сходстве с приемами аутогенной тренировки, Шульц указывал на то, что речь идет о том, чтобы с помощью средств научного наблюдения добиться разъяснения древних загадок, подобно тому как гипнотизм был поднят «из затхлого прошлого мистики до научных методов лечения».

Научный анализ физиологического действия упражнений хатха-йоги, судя по доступной литературе, до сих пор не проводился. В популярных сообщениях время от времени описывают благотворное влияние йогических упражнений на здоровье. В научной же литературе преобладает отрицательная их оценка, что чаще всего связано с отсутствием четкого разграничения между мистицизмом йоги и ее практическими аспектами (В. В. Бродов и М. М. Сухаревский, 1962). По свидетельству Радхакришна (1957) в Индии физические упражнения хатха-йоги входят в комплексы гигиенической гимнастики и используются миллионами людей. Психофизические упражнения раджа-йоги распространены меньше, главным образом в специальных учебных заведениях. Большинство

современных авторов полагают, что сложность и громоздкость системы йоги делает ее и практически неприемлемой для сколько-нибудь массового применения (Jakobs, 1965).

В древней народной медицине других стран Востока разработаны комплексы упражнений, сходные с приемами йогов и дающие возможность регулировать эмоционально-вегетативную сферу. Традиционный японский комплекс Zen, по мнению Wendt (1960), Onda (1967), является ответвлением йоги и имеет несомненную психотерапевтическую ценность. Влияние упражнений древнекитайского комплекса «Чи-уонг» на направление и темп метаболизма проследили Shiao Jun, Cai Kep и др. (1963). На основе древнекитайского комплекса дыхательной гимнастики Г. И. Красносельский сконструировал метод «пневмотерапии», применяемый в некоторых санаториях Южного Берега Крыма (М. В. Терещенко и А. К. Покровский, 1958).

Таким образом, становится очевидным, что практическое достижение йогинами желаемых сдвигов нервной деятельности обусловлено длительной многолетней психофизической тренировкой, и этот факт заслуживает особенного внимания в плане преемственности и общности некоторых методов йоги и аутогенной тренировки.

УЧЕНИЕ О ГИПНОЗЕ

Третий источник аутогенной тренировки связан с учением о гипнозе и психофизиологическими исследованиями нервно-мышечной деятельности. Разрозненные сведения о влиянии гипноза на вегетативную сферу и деятельность органов можно найти в античной литературе и других древних источниках. Последующие работы по изучению влияния гипнотического внушения на отдельные функции и системы весьма многочисленны и разнообразны.

Литература о влиянии гипноза на функции организма необозрима. Тем не менее, действенность гипноза как лечебного средства находится в противоречии с ограниченными возможностями практического его применения. В. М. Бехтерев, энтузиаст гипнотерапии, принимал ее не без оговорок (1908). Внушение в гипнозе, не являясь каузальным методом, если и приводит к устранению симптома, не гарантирует от рецидивов, не влечет за собой перестройку личности и не активизирует больного (Morris, Gardner, 1952; Barber, 1957). Не все больные в достаточной степени гипнабильны, о чем свидетельствует значительное расхождение данных о количестве лиц, рефрактерных к гипнозу (Binet, 1900; В. М. Бехтерев, 1904; В. Е. Рожнов, 1954; К. И. Платонов, 1958). Многие авторы указывают на то, что лучшие результаты гипнотерапии отмечаются при остро возникших психогенных моносимптомах; постепенно развивающиеся и длительно текущие функциональные расстройства нередко оказываются некурабельными средствами гипнотерапии (Ю. В. Каннабих, 1934; Leitner, 1950; В. Е. Рожнов, 1953).

Эффективность гипнотерапии зависит не только от личности

психотерапевта и доверия к нему больного, но и от стремления пациента подчиниться врачу, найти защиту в чужой воле (Leitner, 1954; Hollender, 1964). Целиком предоставляя гипнотерапевту все усилия по своему лечению, больной остается пассивным (Volgyesi, 1924). Пассивность, стремление к лечебному воздействию со стороны, снижение волевых качеств иногда переходит в своего рода «пристрастие» к гипнозу, что обозначается в литературе как «гипнофилия» (А. А. Токарский, 1889; Völgyesi, 1946). С другой стороны, многие больные, видя в гипнозе «ущемление» личности, относятся к нему отрицательно, активно сопротивляясь лечению (Rowland, 1939).

Недостатки метода гипнотерапии хорошо осознавал выдающийся представитель отечественной и мировой психоневрологии В. М. Бехтерев. Именно поэтому им и была предложена лечебная триада, предусматривавшая сочетание разъясняющей психотерапии, гипноза и самовнушения (1927).

В начале XX столетия многие психотерапевты стали испытывать разочарование в гипнотерапии, что было одним из моментов, приведших Фрейда к разработке метода катарзиса, а затем и психоанализа (Freud, Breuer, 1895; Фрейд, 1922—1923).

Шульц, изучая протоколы экспериментального гипноза здоровых испытуемых и самоотчеты людей, занимавшихся гимнастикой йогов, обратил внимание на однотипность и взаимозависимость испытываемых ими «телесных ощущений». Было отмечено, что погружению в гипнотическое состояние всегда предшествует возникновение у испытуемых чувства тяжести (вследствие расслабления мышц) и ощущение тепла (вследствие расширения периферических кровеносных сосудов). Schultz предположил, что, добываясь сознательного расслабления мышц и возникновения чувства тепла, можно тем самым вызвать состояние, напоминающее легкую дремоту в начальной стадии гипноза. Оказалось, что внушением этих «телесных ощущений» можно погрузить больного в гипнотическое состояние без внушения сонливости. И, наконец, выяснилось, что испытуемые, ярко представлявшие себе ощущения мышечной тяжести и тепла, погружались в гипнотическое состояние самостоятельно. На основании этих наблюдений Schultz поставил себе целью «создать систему упражнений, с помощью которой больной мог бы самостоятельно добиться одной из гипнотических фаз и извлечь из этого пользу (без длительного воздействия со стороны гипнотизера и без сколько-нибудь значительной от него зависимости)» (1966).

Подчеркивая активную и активирующую роль этого комплекса приемов, Шульц назвал аутогенной (autos—сам; genos—род) тренировкой или «концентрированным саморасслаблением» созданную им систему упражнений, основанную, по его мнению, на эффекте самогипноза. Создавая аутогенную тренировку, Шульц объединил аутогипноз и приемы тренировки, известные в практике психотерапии как элементы «фракционного гипноза». Шульц показал, что, применяя упражнения, можно достигнуть значительного

расслабления поперечнополосатой и гладкой мускулатуры и связанного с этим расслаблением состояния общего покоя. На этом фоне путем самовнушения удается воздействовать на различные функции организма.

Не только сам Шульц, но многие его ученики и последователи, как за рубежом, так и в нашей стране, видели в аутогенной тренировке дальнейшее, хотя и видоизмененное, развитие метода гипнотерапии, объясняя терапевтическую эффективность механизмами самовнушения. На это, казалось бы, указывали сходные изменения терморегуляции и кожной температуры под влиянием гипноза и аутогенной тренировки (Schultz, 1926; Polzien, 1955; А. С. Ромен, 1961), изменения в регуляции уровня сахара крови и числа лейкоцитов (Marchand, 1956, 1963), спазмолитический эффект обоих методов (Müller-Hegemann, 1956; Schultz, 1960; К. И. Мировский, 1965, 1967), возможность вызывания каталептического моста при помощи самовнушения при удлинении и углублении упражнений аутогенной тренировки (А. С. Ромен, 1965; В. С. Лобзин и Ю. М. Кулагин, 1968). А. С. Ромен (1967), сравнивая биохимические сдвиги в крови под влиянием внушения и самовнушения, пришел к выводу о том, что они более отчетливы при аутосуггестии. Ряд авторов считали целесообразным в лечебной практике использовать комбинированное, одновременное или последовательное, действие гипноза и аутогенной тренировки (Chertok, 1958, 1959; Kleinsorge и Klumbies, 1956, 1959, 1961, 1962, 1963; Г. Н. Балтпурвин, 1968; А. Г. Панов, В. С. Лобзин, В. А. Белякин, Ю. М. Кулагин, 1969).

Усматривая в аутогенной тренировке способ повысить действенность гипнотерапии, Müller-Hegemann (1957) полагал, что врачу, прежде чем он овладеет техникой гипноза, необходимо освоить технику аутогенной тренировки. Kretschmer (1958) и Langen (1964) считали, что предварительное освоение больными упражнений аутогенной тренировки повышает внушаемость и увеличивает эффективность гипнотерапии; в то же время целесообразно обучать больных приемам аутогенной тренировки, пользуясь для этой цели гипнозом.

РЕГУЛЯЦИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА

Активная регуляция мышечного тонуса занимает одно из основных мест в различных модификациях аутогенной тренировки. Этот факт дает основание считать, что психофизиологические исследования Jacobson (1928, 1930, 1932, 1938, 1964) не только создали солидный теоретический фундамент для обоснования релаксации, но и обогатили психотерапию методологически. По утверждению Jacobson, им на 10 лет раньше Шульца предложен собственный метод релаксации, получивший в США название «метод прогрессивной (последовательной) релаксации». Уже одно это заявление позволяет увидеть общие элементы в системах Шульца и Джей-

Джейкобсона. Действительно, многие исследователи сближали методы Джейкобсона и Шульца, особенно в первые годы развития и распространения аутогенной тренировки. Так, например, в сборнике «La relaxation» (1958), в котором были опубликованы работы этих двух авторов, обе методики рассматривались как варианты «лечения посредством деконтракции». На самом деле к идее создания лечебного метода, хотя и близкого внешне к методу Шульца, Джейкобсон подошел совершенно иным путем. Он изучал методы объективной регистрации эмоциональных состояний, а также возможности электрофизиологической констатации мышечного напряжения у человека. Это позволило ему отметить, что при эмоциональных реакциях у здоровых и больных всегда выявляется сокращение или напряжение скелетной мускулатуры с различной и, по его мнению, специфической при некоторых эмоциях локализацией, а также сопутствующая вегетативно-сосудистая реакция. По наблюдениям Джейкобсона, каждому определенному типу эмоционального возбуждения соответствует и напряжение определенной мышечной группы. Например, депрессивные состояния закономерно сопровождаются напряжением дыхательной мускулатуры, при преобладании эмоций страха напрягаются мышцы артикуляции и фонации, а также затылочные мышцы. Автор пришел к выводу, что психические процессы могут быть объективно измерены, поскольку они имеют внешнее мышечное выражение. В дальнейшем Джейкобсон убедился, что релаксацию мышц можно использовать как лечебный метод. Под релаксацией он понимал не только расслабление мышц, но и состояние, противоположное психической активности, когда расслабленные мышечные волокна свободны от напряжения ввиду отсутствия нервного импульса. Уменьшая «нервно-мышечную активность» путем релаксации определенных мышечных групп («дифференцированная релаксация»), можно, по мнению автора, уменьшить «чрезмерную церебрально-нервно-мышечную деятельность... путем прямой релаксации перцепторной части этого пути»¹. В свете исследований Джейкобсона понятна обычно повышенная активность поперечнополосатой мускулатуры у больных неврозами, частые жалобы больных на утомляемость и слабость как в покое, так и при физических нагрузках и целесообразность систематического обучения таких больных мышечному расслаблению. Несомненной становится также самостоятельная терапевтическая ценность упражнений в расслаблении мышц при проведении лечения методом аутогенной тренировки.

РАЗЪЯСНЯЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Вполне понятно также значение разъясняющей («рациональной») психотерапии как одного из источников и составных элементов метода аутогенной тренировки. Невозможно себе представить

¹ La relaxation, Paris, 1958, p. 51.

врача, который бы не обращался к разуму больного, разъясняя сущность невроза и пути выхода из болезненного состояния. При гипно-суггестивной терапии или самовнушении также проводится разъяснение сущности болезненных расстройств и механизмов их преодоления, так как без этого не может быть налажен необходимый контакт с больным. Хотя основоположник метода «рациональной» психотерапии, швейцарский невропатолог Dubois считал, что неврозы возникают вследствие слабости интеллекта и ошибок суждения, стремление изменить отношение больного к обстановке, вызвавшей заболевание, и к собственному восприятию болезни, разъяснить обратимый характер нарушений является до сих пор ценным средством психотерапевтического воздействия.

Работы основоположников разъясняющей терапии Rosenbach (1890, 1897), Dubois (1905), DeJérine (1911) связаны с концепцией «лечебного перевоспитания (психагогика) — Prince (1898), Kronfeld (1925) и методом «лечения идеалами» — А. И. Яроцкий (1908). Она оказала влияние на разработку принципов активизирующей психотерапии в виде «воспитательной психотерапии» Б. Н. Бирмана, «психоортопедии» В. А. Гиляровского, лечения трудом по Ю. В. Каннабиху, тренировки социальной активности по С. И. Консторуму. Терапевтическая эффективность изменения отношения больного неврозом к окружающей его среде, положительное влияние выработки стенического отношения к болезни, целесообразность функциональной тренировки нервной деятельности при разъясняющей и убеждающей роли врача подчеркивается В. Н. Мясищевым, М. С. Лебединским, К. И. Платоновым, Н. В. Ивановым и другими видными советскими психотерапевтами. «Каким бы методом врач не лечил больного неврозом, применение метода убеждения при этом является целесообразным не только для устранения болезненного симптома, но и для профилактики рецидива заболевания» (А. М. Свядощ)¹.

Терапия убеждением и разъяснением входит составной частью в современную систему аутогенной тренировки, занимая в ней большее или меньшее место в зависимости от применяемых модификаций. Вне зависимости от предлагаемой индивидуальной или коллективно-групповой методики упражнений, расспрос и объективное исследование каждого больного направлены на изучение особенностей личности и ее отношений и несут в себе воздействие разъяснением и убеждением. Тщательное объективное неврологическое исследование больного неврозом является фундаментом для авторитетного разъяснения, что не соматическая (органическая) недостаточность лежит в основе патологических симптомов, а переживания, страх, эмоциональное напряжение, следовые воздействия перенесенных ранее психических травм, разъяснения о том, что в силу функционального происхождения эти расстройства не опасны для жизни и обратимы. Это разъяснение является началом воспитания (а в процессе аутогенной тренировки и самовоспитания) в боль-

¹ Свядощ А. М. Неврозы и их лечение, Л., 1959, с. 224.

ном критического отношения к своим ощущениям без их переоценки, оно способствует смягчению реакции тревоги при рецидивах. Действительная возможность купирования расстройств приемами аутогенной тренировки в последующем убеждает больных в правоте сказанного врачом. При объективном исследовании больного неврозом оценка состояния поперечнополосатой мускулатуры имеет не только диагностическое, но и психотерапевтическое значение в плане разъясняющей терапии. Так, уже при первой беседе с больным важно обратить его внимание на напряженность лицевой мускулатуры, стесненность дыхания, на готовность к избыточной активности скелетных мышц, что сказывается оживлением рефлексов или иногда резким их «снижением» вследствие неумения достичь нужного расслабления мышц. На этом фоне объяснение физиологической взаимосвязи эмоционального состояния и тонуса мускулатуры находит конкретное подкрепление в проявлениях болезни именно у исследуемого лица. Осознание этого факта приводит к пониманию больным терапевтической значимости тренировки расслабления мышц. В зависимости от интеллекта, образования и специальности больного, а также от нозологической формы и клинического синдрома апелляция к логике может варьировать. Человеку технической профессии выгодно указать на известное в кибернетике положение о прямой и обратной связи, когда речь идет о механизмах регуляции эмоциональных реакций и мышечного тонуса. При явлениях навязчивости объяснение их механизмов инертностью основных нервных процессов с позиций учения И. П. Павлова служит хорошей предпосылкой для понимания больными значения направленной тренировки расслабления — напряжения мышц. Систематическая тренировка сменяющих друг друга «расслабления — напряжения» есть не что иное, как использование физиологических механизмов для тренировки подвижности основных нервных процессов: торможения и возбуждения.

Разъяснение механизмов невротических расстройств и убеждение больного в реальных возможностях саморегуляции некоторых нервных процессов вызывает у него активное отношение к лечению болезни. В свою очередь, активная позиция больного открывает перспективы и к самовоздействию, к перестройке собственной личности в нужном направлении, к самоубеждению и оптимизации психики. Интересно отметить, что многие выдающиеся психоневрологи прошлого отчетливо отграничивали такое самовоспитание от самовнушения, указывая на целесообразность развития в себе положительных свойств характера, выработки волевых качеств, тренировки памяти, внимания и т. д. Упражнение двигательной сферы понималось не только как развитие мускулатуры, но и как одновременное упражнение воли, эмоций, восприятия и логической памяти. Например, Форель в русском издании книги «Гигиена нервов и духа» (1913) писал: «Ощущение, эффект и выражение его (движение) тесно и автоматически ассоциированы друг с другом так, что каждое из них может экфорировать, то есть вызывать другое. Для нервной гигиены очень важно упражняться в подавлении

выражения аффектов, так как это помогает овладеть и самим аффектом, то есть отвлечь мозговую деятельность в другую область».

Наш опыт показывает, что в отличие от чистых форм аутосуггестии в механизмах аутогенной тренировки большое место занимает самоубеждение (аутодидактика) как один из приемов психологического самовоздействия, хотя самовнушение и не исключается. При полном сохранении инициативы и самоконтроля это самовоздействие делает аутогенную тренировку интеллектуальным и волевым процессом, ведущим к рациональной перестройке личности.

Таким образом, следует признать, что по своему происхождению, структуре и механизмам действия аутогенная тренировка является синтезом, удачно соединившим в себе положительные стороны ряда психотерапевтических приемов. Такой синтез позволил создать качественно новую комплексную методику, способствующую активизации больного в процессе лечения и перестройке его личности.

Стремление к использованию комплекса лечебных факторов для достижения лучшего эффекта представляет собой общую в лечебной медицине тенденцию, не оставившую в стороне и психотерапию. Обзоры мировой литературы, посвященной работам по психотерапии ряда заболеваний, показывают, что на протяжении последних лет методы прямой суггестии и психоанализа все больше уступают место комплексным психотерапевтическим методикам, среди которых доминируют тренировочные и повышающие способность саморегуляции (Müller, 1966; Müller-Götz, 1966). Еще В. М. Бехтерев рекомендовал лечебную триаду, предусматривающую сочетание разъясняющей терапии, гипноза и самовнушения. Эффективность комбинированного применения гипноза и аутогипноза подчеркивал Holländer (1935), а позднее и Klumbies (1953). В современном комплексе психотерапевтических средств гипноз, внушение в бодрствующем состоянии, разъясняющая психотерапия и тренировочные приемы саморегуляции взаимно дополняют друг друга. Комплексная методика Langen — «ступенчатый активный гипноз» — включает элементы разъясняющей терапии, гипноз, самогипноз и тренировочные приемы аутогенной тренировки, одновременно используя некоторые приемы последовательной релаксации по Jacobson. Метод активной комплексной терапии («Школа больных»), предложенный Völgyesi (1959), предусматривает тренирующие и обучающие приемы. Я. Р. Гасуль (1966) в поисках оптимального сочетания гетеро- и аутосуггестивных методов предложил комплекс, состоящий из гипносуггестии, императивного внушения, мотивированного самовнушения и аутогенной тренировки. В системе психопрофилактики родовых болей наряду с разъясняющей психотерапией применяется аутогенная тренировка. Аутогенная тренировка входит в комплексные системы (гипноз, авторитарное внушение и речевая тренировка) лечения заикания у детей (Н. П. Мировская, 1968) и взрослых (А. А. Мажбиц, 1965; Ю. Б. Некрасова, 1966; А. И. Лубенская, 1966), а также находит

применение в комплексе средств, повышающих эффективность лечения неврозов с сексуальными расстройствами (Н. В. Иванов, 1966; С. С. Либих, 1967; В. В. Андрианов, 1968; И. А. Копылова, 1969). Приемы аутогенной тренировки в качестве дополнительных или корригирующих средств восстановительной терапии получили признание и при некоторых последствиях инфекционных и сосудистых заболеваний головного мозга (Е. С. Авербух, 1965; Э. В. Бургдорф и соавт., 1968; А. Г. Панов и соавт., 1969), а в психиатрической практике — и при лечении алкоголизма (Г. В. Зеневич и С. С. Либих, 1965; Б. М. Сегал, 1966).

Анализ приведенных работ показывает, что присоединение метода аутогенной тренировки к традиционным психотерапевтическим приемам значительно увеличивает эффективность лечения функциональных расстройств психогенного и непсихогенного происхождения. С другой стороны, использование только аутогенной тренировки для лечения неврозов, вегетативно-сосудистых нарушений типа мигрени, бронхиальной астмы, синдромов навязчивости, реактивной депрессии, ипохондрических состояний, нарушений сна различного генеза, тиков, писчего спазма также может облегчать состояние больных. По данным Ruck (1956), лечение аутогенной тренировкой в поликлинических условиях указанных категорий больных в 70% дало хорошие результаты, в 20% — некоторое улучшение, и только в 10% эффекта добиться не удалось. По материалам А. Г. Панова и соавт. (1969), в группе больных неврозами лучшие результаты были достигнуты у страдающих неврастенией, затем истерией; менее эффективным лечение оказалось у больных психастенией. Среди отдельных невротических симптомов лучше поддавались лечению психогенная и вазомоторная головная боль, бессонница и дискинезии желудочно-кишечного тракта. Наиболее упорными были навязчивые состояния.

Аутогенная тренировка становится одним из распространенных психотерапевтических приемов. Однако она еще не является предметом широкого физиологического, психологического и клинического исследований, в связи с чем ряд теоретических и практических вопросов ее применения остается недостаточно разработанным.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Объяснение механизмов терапевтического влияния аутогенной тренировки наталкивается на определенные трудности. Они связаны, во-первых, как это было показано в предыдущей главе, с комплексностью источников и составных элементов техники упражнений. Приходится учитывать влияние на функции организма внушения и самовнушения, релаксации мускулатуры, компонентов

гимнастики йогов, разъясняющей психотерапии и аутодидактики. Естественно, что в руках каждого психотерапевта тот или иной компонент аутотренинга может быть сознательно усилен, что ведет за собой появление модификаций метода и различия в трактовках саногенеза. Трудности иного рода обусловлены колоссальным размахом работ в области нейрофизиологии, психологии и кибернетики, необходимостью сопоставления новых данных с положениями классической неврологии и нахождением корреляций между ними, лабораторным экспериментом и клиническими наблюдениями. Поскольку метод аутогенной тренировки направлен на повышение возможностей саморегуляции высших психических функций, эмоциональных реакций и вегетативно-висцеральной сферы, анализ причин и механизмов функциональных расстройств, относящихся к этим областям, равно как и путей их компенсации за счет психотерапии, невозможен без обращения к учению о высшей нервной деятельности, к современным представлениям о субстратах эмоций и вегетативно-висцеральной регуляции.

Научный период в истории развития психотерапии (со второй половины XIX столетия) характеризуется проникновением идей нервизма в теорию и практику лечебной медицины. Он ознаменовался учением И. М. Сеченова об отражательной роли мозга и открытием «сеченовского» торможения, работами И. П. Павлова по физиологии высшей нервной деятельности, концепцией парабиоза и пессимальных реакций нервной системы Н. Е. Введенского, учением А. А. Ухтомского о доминанте, трудами Sherrington по изучению интеграции в деятельности нервной системы, работами Сеппо по физиологии эмоций. Несмотря на такую интенсивную разработку физиологии центральной нервной системы, теоретические построения психотерапевтов часто отличались крайним психологизмом. Не избежал этого и Schultz, полагавший психотерапию процессом «тотального захвата личности», методы которой относятся «к позиции организмической» и направлены на «условносоматические реакции». Исходя из убеждения в том, что сущностью механизмов аутогенной тренировки являются эффекты самогипноза, Schultz тем не менее не опирался на физиологические основы гипноза, вскрытые И. П. Павловым, или другие работы физиологов. Он полагал, в частности, что с помощью приемов аутогенной тренировки достигается особое «состояние концентрации внимания», «состояние нирваны», которое представляет собой специфический процесс с изменениями психических и телесных функций, что позволяет «стать позади сознания или нырнуть под него» (1958). Это состояние, по мнению Шульца, способствует «выравниванию функций нервной системы», «амортизируя аффективный резонанс».

В настоящее время метод аутогенной тренировки за рубежом развивается вне связи с психоанализом; фрейдизмом и религиозно-мистической философией йогов. Хотя многие зарубежные сторонники метода формально не отрицают значения психоанализа в психотерапии, на деле они не используют основных понятий фрейдизма, а обращаются скорее к данным современной психологии и, в мень-

шей степени, физиологии. Авторы статей в сборниках «La relaxation» (1958, 1965), «Autogenes Training», ред. Luthe (1965), при выяснении особенностей состояния релаксации не прибегают к фрейд-овскому толкованию бессознательного как некоей «темной силы» в психической деятельности человека; они говорят об особом сужении сознания, о диссоциации психических функций, о переключении внимания, о смягчении или амортизации аффективного резонанса. Объяснение механизмов терапевтического влияния аутогенной тренировки многими авторами дается в психологическом плане, неопределенными формулировками. Так, Ажуагуега и соавт. утверждают, что «релаксация восстанавливает равновесие систем в организме по механизму, близкому к тому, что дает глубокий восстанавливающий сон, и поэтому она способна изменить все патологические равновесия, вызывающие пертурбацию на уровне длинной мускулатуры, ваго-симпатической системы, а через них — кардио-сосудистый аппарат» (цит. по Н. В. Иванову, 1960). Недостаточное знакомство зарубежных психотерапевтов с достижениями отечественной физиологической науки, в частности с классическими работами И. П. Павлова и его школы, не позволяет им оперировать конкретными и принятыми в физиологии высшей нервной деятельности терминами. Так, Jacobson (1938), обобщая результаты своих наблюдений, приходит к выводу о том, что нервно-мышечное состояние у больных является показателем, выражением функции мозга или мыслей. Здесь Jacobson выразил мнение, близкое к известному высказыванию И. М. Сеченова, однако прошел мимо него (движение — конечное выражение всякого психического акта, мысль — это рефлекс, заторможенный в своей двигательной части, всякая мысль — есть слово в состоянии начала мускульной деятельности).

Физиологические механизмы аутогенной тренировки и восстановления под ее влиянием нервной регуляции различных функций весьма сложны и до настоящего времени полностью не изучены. В ряде работ зарубежных авторов используются бихевиористические и психосоматические концепции. В связи с этим известный французский психотерапевт Chertok в предисловии к сборнику «La relaxation» (1958) пишет: «Научное обоснование релаксации еще трудно при сегодняшних знаниях... в дискуссии о взаимоотношениях между физиологическим и психологическим релаксация является тем перекрестком, где эти области безнадежно спутаны». Идеалистические позиции многих зарубежных исследователей препятствуют проникновению в зарубежную психотерапию идей и достижений отечественной физиологической школы, построенных на принципах диалектического материализма. По справедливому замечанию Н. В. Иванова, «трудность правильного построения теории релаксации связана с тем, что это неотделимо от решения общего философского вопроса о соотношении психического и физиологического» (1962). Гельгорн и Луфборроу (1966), касаясь этой проблемы, замечают, что «психологи нашего времени, применяющие экспериментальные методы, более заинтересованы в изучении

факторов, влияющих на поведение, чем в выяснении связей между физиологическими процессами и психикой». Между тем, именно эти связи и интересуют исследователей, пытающихся выяснить механизмы многообразных эффектов аутогенной тренировки.

Реальные возможности влияния аутогенной тренировки на высшую нервную деятельность, эмоции, вегетативно-висцеральные функции, убедительно подтвержденные лечебной практикой, требуют теоретического их осмысливания. Понимание физиологических закономерностей, лежащих в основе метода, открывает перспективы для уточнения показаний и усиления эффективности его применения в психотерапевтической практике и в иных сферах человеческой деятельности.

Центральное место в раскрытии физиологических механизмов аутогенной тренировки занимает изучение вопросов саморегуляции исходно произвольных функций организма. Согласно технике Шульца, важным условием для овладения методом являются упражнения в расслаблении мышц, т. е. упражнения в произвольной деятельности, в волевых, целенаправленных двигательных актах. И. М. Сеченов в книге «Рефлексы головного мозга» впервые обосновал положение о том, что все психические акты принадлежат к рефлекторным и «все сознательные движения, вытекающие из этих актов, движения, называемые обыкновенно произвольными, суть в строгом смысле отраженные» (1961, с. 70). Произвольные движения, по мнению И. М. Сеченова, отличаются от произвольных тем, что они подчиняются воле, сопровождаются ощущениями, отражающимися в сознании, а также тем, что они «есть движение, заученное под влиянием условий, создаваемых жизнью» (1947, с. 291). Учение И. М. Сеченова об отражательной роли мозга было поддержано и развито в трудах И. П. Павлова, его многочисленных сотрудников и учеников. Принцип детерминизма, учение об условных рефлексах позволили И. П. Павлову подойти с физиологических позиций к вопросу о произвольных и произвольных реакциях. В экспериментах было показано, что в основе произвольных движений лежит корковый анализ и синтез афферентных сигналов, идущих от проприоцепторов. По словам И. П. Павлова, «весь механизм волевого движения есть условный, ассоциационный процесс, подчиняющийся всем описанным законам высшей нервной деятельности» (Полн. собр. соч., 1951, т. III, кн. 2, с. 229). Роль представлений, образов, речи в формировании произвольных движений подчеркивалась им при установлении фактов двусторонней связи кинестетических клеток с двигательными и с клетками корковых отделов других анализаторов. Обсуждая вопрос об идеомоторных актах, И. П. Павлов говорил: «Давно было замечено и научно доказано, что раз вы думаете об определенном движении, т. е. имеете кинестетическое представление, вы его невольно... этого не замечая, производите» (Полн. собр. соч., 1951, т. III, кн. 2, с. 316). Наличие связи функционального состояния центральной нервной системы с движениями и тонусом попеременнополосатой и гладкой мускулатуры подчеркивалось и в дру-

гих работах И. П. Павлова и его учеников. Принцип рефлекторной деятельности мозга полностью сохраняет свое значение и по отношению к эмоциональным реакциям. Мимика, интонация речи, пантомимика — внешние проявления чувств человека — объективные признаки состояния психики, движения мыслей и чувств. Этот факт давно уже принят на вооружение психологами.

Психологическое обоснование связи мышечной деятельности с эмоциональной сферой берет свое начало, видимо, со времени теории эмоций, созданной James (1890) и Lange (1887). Согласно этой теории, эмоциональное состояние является производным от состояния мускулатуры и других периферических органов. Эмоция — ощущение телесных изменений (James, 1906). Аргументация авторов наивна, но ими была довольно точно подмечена взаимосвязь эмоциональных ощущений и их внешнего выражения.

Известно, что мышечное напряжение является соматическим компонентом страха и других отрицательных эмоций. Напряженное лицо, «сдавленный голос», стесненное дыхание, «застывание», «оцепенение», «нервная дрожь» — все эти выражения показывают напряжение мышц при отрицательных эмоциях. Повседневный опыт и научные наблюдения свидетельствуют о том, что выражение лица, обусловленное напряжением мимических мышц, меняется в тонком соответствии с эмоциональным состоянием. Незначительные его сдвиги сразу же отражаются на ритме и амплитуде дыхательных движений. Все эти факты хорошо известны артистам, которые пользуются произвольным напряжением мимических и дыхательных мышц для сценического переживания эмоций.

Психологические наблюдения подкрепляются физиологическими наблюдениями. Можно сослаться на работы В. М. Бехтерева и Саппо с одновременной регистрацией вегетативных, двигательных и биохимических изменений в ответ на эмоциональные раздражители. Специальные электрофизиологические исследования (электромиография, например) показывают, что отрицательное эмоциональное напряжение сопровождается активацией поперечнополосатой мускулатуры (Jacobson, 1938; Ruesch, Finesinger, 1943; Duchenne, 1949; Lunderbold, 1952; Sainsbury, Gibson, 1954; Ю. С. Юсевич, 1959).

Уже на основании приведенных данных психологии и физиологии можно предполагать наличие и механизма обратной связи двигательных актов с функциональным состоянием нервной системы. Уместно вспомнить классические наблюдения И. М. Сеченова, показавшие, что утомление быстрее проходит не во время пассивного отдыха, а под влиянием физических упражнений. Всем известно тонизирующее действие утренней гимнастики. Однако избыточные, чрезмерные по силе и частоте движения могут приводить к перевозбуждению нервной системы.

Примечательно, что расслабление мышц служит внешним выражением положительных эмоций, состояния общего покоя, уравновешенности, удовлетворенности (расслабление мышц при улыбке

и особенно смехе и т. д.). С другой стороны, произвольное расслабление мышц мы ежедневно используем для углубления отдыха, для ускорения засыпания. Мышечное расслабление готовит нервную систему к отдыху, к переходному состоянию от бодрствования ко сну; оно отмечается также при пробуждении после освежающего сна.

В поддержании оптимального тонуса коры больших полушарий головного мозга, согласно учению И. П. Павлова, двигательный анализатор имеет огромное значение. Это значение еще более увеличивается, если учесть тесную связь регуляции движений с эмоциями и регуляцией сердечно-сосудистой системы. Последняя, как подчеркивает В. Н. Черниговский (1949), является обширным рецепторным полем и ей принадлежит чрезвычайно важная роль в формировании высших нервных функций. Согласно работам В. Н. Черниговского, сердечно-сосудистая система имеет две функции: первая — обеспечение обмена веществ в организме и тканях; вторая — постоянная посылка в нервную систему потока импульсов и этим самым — влияние на деятельность центральной нервной системы.

В трудах И. М. Сеченова и И. П. Павлова неоднократно подчеркивается, что в формировании произвольных движений у человека решающую роль играют ощущения, представления и деятельность второй сигнальной системы. Говоря о том, что только у человека движения становятся истинно произвольными, И. П. Павлов утверждал: «Непроизвольное можно сделать произвольным, но достигается это теперь при помощи второй сигнальной системы» (Павловские среды, 1949, т. I, с. 337). «Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражителями, все их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражители» (И. П. Павлов, Полн. собр. соч., 1951, т. IV, с. 429). П. К. Анохин (1958) и Н. А. Бернштейн (1947) подчеркивали значение замкнутой системы обратной связи в формировании произвольных движений у человека, указывая, что в основе «моторных образов» двигательных актов находится запечатление в коре проприоцептивной импульсации, поступающей в мозг при движении. Роль речи в развитии произвольных движений и в словесной их регуляции была убедительно показана в работах Л. С. Выготского (1956), А. Р. Лурия (1965) и других отечественных авторов.

В связи со сказанным становится понятным физиологический смысл не только волевого расслабления мышц при выполнении первого упражнения по Шульцу, но и образного, настойчивого, концентрированного представления об этом процессе и систематической тренировки этого процесса. Выясняется также и двоякое физиологическое значение релаксации мышц: 1) как самостоятельного фактора, уменьшающего эмоциональную напряженность; 2) как вспомогательного фактора, подготавливающего условия для переходного состояния от бодрствования ко сну. Вслед за Шуль-

дем, производившим метод аутогенной тренировки от гипноза и гимнастики йогов и считавшим главной действенной его стороной механизмы аутогипноза, многие исследователи оценивали влияние метода на произвольные функции с этих же позиций. В современных работах многие авторы опираются на учение И. П. Павлова, на вскрытые им механизмы словесного воздействия (включая физиологический механизм гипноза).

Словесный сигнал или образ, вызванный словесным сигналом, ведет к образованию при повторении (в процессе тренировки) условных кортико-висцеральных реакций и реализации желаемых сдвигов. «Слова в виде повторяющихся образных формулировок при аутогенной тренировке образуют сигналы для возникновения кортико-висцерального условного рефлекса ... Реализация цели аутогенной тренировки означает сознательное регулирование неуправляемых волей вегетативных процессов, что достигается не прямо, а косвенно, за счет условных реакций, вызванных словами или представлениями, связанными с этими словами» (Kleinsorge и Klumbies, 1965). В связи со сказанным интересно привести здесь опыты А. М. Свядоца и А. С. Ромена (1966). Были отобраны 100 здоровых лиц (студентов), которые попытались внушить себе повышение температуры кожи на одной руке. У 97 из 100 температура не изменялась. Тогда 50 из тех, у которых не менялась температура, начали заниматься аутогенной тренировкой. В результате 40 из 50 через 3 недели научились произвольно, за несколько десятков секунд, внушая себе, что рука теплая, повышать температуру кожи на 0,9—4,0° и, внушая себе, что рука холодная, понижать температуру на 0,5—2°.

Чем объясняется столь сильное воздействие на физиологические процессы при этом методе? А. М. Свядоц и А. С. Ромен считают, что оно объясняется, во-первых, возникновением при аутогенной тренировке фазового гипнотического состояния, промежуточного между сном и бодрствованием, состоянием аутогипноза с самораппортом. Имеет значение и второй фактор: самовнушение многократно и длительно повторяется на фоне фазового состояния коры больших полушарий головного мозга. Благодаря этому как бы проторяется путь от самовнушенных представлений к нервным центрам, регулирующим ту или иную функцию, и становится возможным влиять на некоторые вегетативные процессы, обычно не поддающиеся произвольному воздействию. Во время фазовых состояний (парадоксальной и ультрапарадоксальной фазы по И. П. Павлову) словесный следовый раздражитель (самовнушение) может приобрести особенно большую силу воздействия.

Несомненно, что аутогипноз с самораппортом вполне может объяснять и другие феномены, наблюдавшиеся А. М. Свядоцем и А. С. Роменом, например общую мышечную катаlepsию с восковой гибкостью и катаlepsическим мостом или же анальгезию. Сходство этих феноменов с теми, которые обычно получают при внушении в гипнозе, доказывает справедливость этого положения авторов. Однако это лишь один из возможных эффектов аутоген-

ной тренировки, к тому же, по-видимому, во многом обусловленный особенностями техники упражнений. При удлинении и углублении упражнений активное участие тренирующегося возможно лишь до известного, вполне определенного состояния коркового торможения, после которого никакая вигильность не может иметь места. После перехода через этот предел контроль над собой теряется, что указывает на возникновение третьей степени II стадии гипноза с некоторыми характерными для нее признаками (катаlepsия, невозможность выполнения произвольных движений и т. д.). Результаты контрольных опытов по вызыванию катаlepsического моста с помощью приемов аутогенной тренировки и акцентуации на длительном самовнушении полностью подтверждают полученные А. М. Свящом и А. С. Роменом факты (В. С. Лобзин и Ю. М. Кулагин, 1968). Тем не менее, наш опыт свидетельствует о том, что для достижения терапевтического эффекта при применении аутогенной тренировки не требуется столь глубокого торможения коры головного мозга. Возникновение выраженной степени последнего надо расценивать как нежелательное осложнение во время самостоятельной тренировки. В связи с этим очень важно обучить тренирующегося умению своевременно выводить себя из состояния погружения. Только при необходимости врач может намеренно углубить состояние релаксации и перейти к гипнотическому внушению. Тогда аутогенная тренировка будет играть роль подготовительной методики, а психотерапевтический прием получит право именоваться сеансом гипнотерапии. Гипнотическое состояние, как убедительно было показано исследованиями И. П. Павлова, это разлитое торможение коры больших полушарий с сохранением очага возбуждения — зоны раппорта. Все реакции у загипнотизированного лица, кроме внушенных представлений, идущих в зону раппорта, все происходившее во время сеанса гипноза амнезируется. Эта амнезия противоречит самой сути аутогенной тренировки как методу активирующему, процессу сознательного, волевого повышения возможностей саморегуляции целого ряда функций. Не пассивное торможение мозговых функций, а наоборот, активация нейрональных структур должна лежать в основе физиологических механизмов аутогенной тренировки.

Сдвиги в регуляции исходно произвольных функций могут быть получены сознательно, с помощью негипнотических механизмов, лежащих в основе «опроецирования». Одним из них является образование условных рефлексов. Еще в 1918 г. Н. С. Цитович в работе «О так называемых вазомоторных психорефлексах» показал, что, пользуясь павловским методом, можно получить условнорефлекторные сосудистые реакции на звуковые, болевые и холодовые раздражители. Возможность выработки условного сердечно-сосудистого рефлекса замедления пульса описана Л. И. Котляревским (1936), условных сосудосуживающих или сосудорасширительных реакций — А. Т. Пшонином (1952). Условные вегетативные реакции, выработанные на словесный раздражитель, фактически являются лишь внешне сходными с произвольными, так как и

только не представляют собой цели деятельности испытуемых, но даже не осознаются ими. В связи с этим возможность перехода произвольных реакций в произвольные или отрицается вообще (К. М. Дедов, 1954), или условнорефлекторные вегетативные реакции обозначаются как псевдопроизвольные (М. И. Лисина, 1957; А. В. Запорожец, 1960; М. Н. Валуева, 1967). Считают, что произвольной можно называть только такую реакцию, к происхождению которой словесный стимул адресован непосредственно (П. В. Симонов, 1962).

Другим механизмом «опроецирования» является не образование условных рефлексов, а мысленное воспроизведение (в бодрствующем состоянии) ситуации, дававшей в прошлом выраженные вегетативные сдвиги. Характеризуя этот механизм, И. М. Сеченов писал, что «между действительным впечатлением с его последствиями и воспоминанием об этом впечатлении со стороны процесса в сущности нет ни малейшей разницы» («Рефлексы головного мозга», 1961, с. 68). И. М. Сеченов упоминает о человеке, который добивался пилоаррекции при представлении о холоде. И. Р. Тарханов (1904) наблюдал замедление или ускорение пульса при мысленном воспроизведении знакомых ранее ситуаций с выраженной эмоциональной окраской. В. Е. Ефимов (1936) регистрировал увеличение расхода энергии, повышение потребления кислорода, учащение пульса и повышение артериального давления при мысленном представлении о тяжелой работе. Подробный обзор работ, в которых исследовались вегетативные сдвиги под влиянием представлений об известных ранее ситуациях, позволил М. Н. Валуевой (1967) прийти к выводу о том, что указанными лицами всегда воспроизводились эмоционально окрашенные ситуации. По мнению М. Н. Валуевой, истинная произвольность возникает при отчуждении следов ранее испытанного воздействия от ситуации, в которой это воздействие имело место, а также при существенном изменении прагматической функции речевого раздражителя наряду с сохранением его семантики (1967). Серия исследований, проведенных М. Н. Валуевой на здоровых бодрствующих лицах, позволила ей получить много фактов, ценных для теории и практики психотерапии. Она нашла, что наиболее эффективным способом произвольного воздействия на вегетативные функции является мысленное воспроизведение следов эмоционально окрашенных событий, имевших место в индивидуальном опыте испытуемых. Реакция на мысленное воспроизведение образа всегда оказывалась более сильной и устойчивой, чем на словесное обозначение этого образа. Реакции на речевой сигнал отражали характерную для эмоций избыточность вегетативных сдвигов, превосходящих сдвиги, предшествующие даже самой напряженной физической деятельности. При мысленном представлении покоя, отдыха, дремоты не наблюдалось достоверного урежения сердцебиений, что указывало на преимущественно возбуждающее действие речевых сигналов на вегетативную сферу наряду с крайне слабым проявлением тормозящих влияний. При повторных представлениях

эмоционально окрашенной ситуации наблюдалось постепенное угашение вегетативных сдвигов.

Из приведенных материалов вытекает несколько положений, поясняющих ряд практических и теоретических вопросов аутогенной тренировки. С точки зрения теоретической, нельзя, видимо, сводить механизм метода только к физиологическому механизму гипноза или аутогипноза. Этому противоречит то, что во время занятий аутогенной тренировкой тренирующийся постоянно оценивает реальную внешнюю и внутреннюю ситуацию, следит за своими ощущениями, управляет своим состоянием и удерживает его под контролем сознания. Кортиковая регуляция функций у человека, в том числе функций исходно произвольных, может в известных пределах и при определенных условиях осуществляться за счет образования условных рефлексов, а также за счет целенаправленного воспроизведения следов эмоционально окрашенных ситуаций. Эти два последних пути саморегуляции функций в качестве неперемного условия успеха требуют активной корковой деятельности.

Эти положения необходимо учитывать при проведении упражнений, предназначенных для регуляции вегетативных функций, а также при направленной органотренировке. Так, например, при выполнении 2-го упражнения по Шульцу, для обучения тренирующегося воздействию на тонус сосудов недостаточно будет одной лишь словесной формулы: «Моя правая рука очень теплая». Следует мысленно и очень ярко представить ситуацию, в которой ранее рука действительно испытывала интенсивное тепловое воздействие. Важно, чтобы такая ситуация уже испытывалась тренирующимся, т. е. чтобы отчуждение эмоционально-вегетативных следов шло от ситуаций, закрепленных в индивидуальном опыте, и было бы весьма конкретно связано с той или иной представляемой мысленно обстановкой. Целесообразно провести несколько первых занятий с безусловным раздражителем (опустить руку в сосуд с теплой водой) и условнорефлекторным закреплением, если мысленное представление тепла не дает эффекта. В соответствии с указанными принципами проводятся и остальные упражнения низшей (первой) ступени по Шульцу. Они используются также для целей направленной органотренировки. Тот факт, что повторная активация нервных следов, не сопровождающаяся их адекватным подкреплением, как отмечает М. Н. Валуева (1967), ведет к угашению вегетативных сдвигов, должен быть учтен в практическом отношении. Для преодоления этого угасательного торможения может быть использовано преднамеренное (планируемое) изменение состава следов («новизна мысленных представлений», по М. Н. Валуевой), что ведет к новой активации желаемых вегетативных сдвигов. Обычно это достигается без больших затруднений, поскольку уже при первых упражнениях больные убеждаются в реальной возможности влияния на вегетативные функции, что в свою очередь закрепляет психотерапевтический успех.

Как мы видели, возможности самоуправления вегетативными функциями могут возникнуть тремя путями: аутогипнозом (само-

внушением), условнорефлекторной кортико-висцеральной тренировки и тренировкой образного и направленного представления эмоционально окрашенных ситуаций. Физиологической основой всех этих трех вариантов самоуправления является материалистическое учение И. М. Сеченова об отраженном, рефлекторном происхождении «всех актов сознательной и бессознательной жизни», И. П. Павлова — о высшей нервной деятельности, условных рефлексах и роли коры больших полушарий в регуляции многообразных функций организма, дополненное работами школы Н. Е. Введенского — А. А. Ухтомского о парабозе и доминанте.

За последние годы физиология и патофизиология нервной системы существенно пополнились сведениями о структурах и функциях глубинных отделов мозга. На развитие неврологии в целом большое влияние стала оказывать кибернетика, которую Н. Винер определил как науку об управлении и связях в живых системах (Н. Винер. «Кибернетика». М., 1968). Успехи электроники, стереотаксическая техника, использование метода долгосрочного вживления в мозг животных и человека микроэлектродов дали новые возможности в раскрытии структурно-функциональных зависимостей целого ряда образований центральной нервной системы. Установлены тесные взаимные структурные и функциональные связи новой коры с гипоталамо-лимбической системой и ретикулярной формацией. Уточнены представления о передаче нервного импульса от рецептора до корковых клеток. Показано, в частности, что нервный процесс имеет не только залповый, линейный характер с передачей импульса по классическим лемнисковым (специфическим) системам, но и циклический, с нейронными кругами на разных уровнях регуляции за счет многочисленных коллатералей, связывающих специфические системы с экстралемнисковыми, неспецифическими. Сочетание залповой и циклической регуляции рассматривается как приспособительная реакция адаптации к быстро меняющимся фазным раздражителям различной модальности, а также адаптации к постоянной, длительной импульсации. Из кибернетики пришло понятие о механизмах обратной (положительной и отрицательной) связи, что в нейрофизиологии нашло подтверждение в существовании постоянной кольцевой связи между афферентацией, рецепцией и моторикой (в каждом движении — рецепция, в каждой рецепции — движение). В рецепции разграничивают информативные функции (лемнисковые системы) и стрессомобилизующие (экстралемнисковые системы).

В неспецифические системы (образования гипоталамо-лимбико-ретикулярного комплекса и ассоциативные зоны коры больших полушарий) включены архитектурно-функциональные ансамбли, обеспечивающие организацию сна и бодрствования, вегетативной регуляции, эмоциональной сферы, памяти и других структурно-функциональных объединений, осуществляющих интеграцию функций на подкорково-корковом уровне.

На первый взгляд может показаться, что изучение глубинных структур мозга и выяснение их роли в интеграции высшей нервной

деятельности, эмоций, вегетативной иннервации, регуляции мышечного тонуса, движений и других сложных функций внесло известный диссонанс в классические представления нейрофизиологии, основанные на работах И. М. Сеченова, И. П. Павлова, Н. Е. Введенского, А. А. Ухтомского. В действительности же приходится удивляться прозорливости многих положений, выдвинутых и развитых классиками отечественной нейрофизиологии, несмотря на то, что они не были вооружены тончайшей электронной техникой и имели дело, как неоднократно подчеркивал П. К. Анохин, с проблемой «черного ящика», т. е. ими производился анализ условий «на входе» (учет наносимого раздражения) и «на выходе» (выделение слюны и т. д.) без непосредственного наблюдения внутримозговых процессов. Тем не менее, открытие И. М. Сеченовым центрального торможения (1863) было первым открытием нисходящих тормозящих влияний ретикулярной формации, а его опыты расцениваются как первый эксперимент по физиологии этой системы. Огромная роль подкорковых аппаратов как «слепой силы» в эмоциональных разрядах и «источника силы» для корковой деятельности, неоднократно подчеркивавшаяся И. П. Павловым, была значительно позднее подтверждена и получила конкретную расшифровку в работах современных нейрофизиологов, использовавших электронную технику и стереотаксический метод. Здесь же следует сказать и о том большом вкладе в учение о ретикулярной формации, который внес В. М. Бехтерев (1896—1898).

Неспецифическое активирующее влияние ретикулярной формации ствола мозга на кору больших полушарий было экспериментально изучено в работах Moguzzi, Magoun (1949, 1961). Ими было впервые показано, что при раздражении ретикулярной формации через хронически вживленные электроды у спящего животного возникает пробуждение, а на электроэнцефалограмме беспорядочные синхронизированные «сонные» колебания заменяются активным, десинхронизированным ритмом, также свидетельствующим о состоянии бодрствования. Эта реакция генерализованного пробуждения появлялась при раздражении ретикулярной формации в ее центральной части, там, где Бродал (1960) обнаружил самые крупные клетки и волокна, идущие в восходящем направлении с относительно небольшим количеством синаптических «реле». Роstralные отделы ретикулярной формации совместно с неспецифическими ядрами таламуса и диффузной таламо-кортикальной системой при их раздражении у бодрствующего животного вызывают реакции настороженности («бдительности»), участвуя, видимо, в механизмах внимания, обостренного восприятия (Линдсли, 1962). Раздражение бульбарной ретикулярной формации приводило к «глобальному» торможению или облегчению спинномозговых двигательных разрядов (Magoun a. Rhines, 1946; Magoun, 1961). Вентро-медиальный отдел сетчатого вещества продолговатого мозга был отнесен к суппрессорной, подавляющей зоне, поскольку раздражение этого уровня оказывало тормозящее действие на корковые и спинальные двигательные импульсы и устраняло децеребрационную

ригидность. Раздражение другой зоны, в латерально-дорсальном отделе сетчатой субстанции, простирающейся вверх по стволу до субталамического уровня, оказывало облегчающее влияние на рефлекторную возбудимость спинного мозга. Были найдены корковые зоны (4S), стимуляция которых приводит к расслаблению мышечного тонуса, а также путь из зоны 4S к ретикулярной формации продолговатого мозга.

Кроме активирующего влияния на кору, оказываемого ретикулярной формацией, стали известны при повреждении последней акинезы, сонливость и угнетение сознания. В сопоставлении с эффектами непосредственного раздражения коры при нейрохирургических операциях, когда удавалось вызывать у человека лишь элементарные ощущения или «детские» движения вне зависимости от возраста и профессии, ретикулярную формацию стали считать субстратом сложнейших форм нервной деятельности, неким «высшим уровнем интеграции» в «центрэнцефалической системе», а коре отводить лишь роль промежуточной станции (Penfield a. Jasper, 1958). Таким образом, ретикулярной формации был приспан целый ряд функций, включая пробуждение, внимание, восприятие и сознание. Кора «несколько утратила свое главенствующее положение, за исключением разве „высоты“ в смысле месторасположения» (Ливингстон, 1962). Ее стали считать «окраиной мозга». Интенсивное изучение физиологии ретикулярной формации привело к парадоксальному мнению о том, что «...какая бы область мозга сейчас ни привлекала внимание исследователей, она неизменно оказывается частью ретикулярной формации» (Джефферсон, 1962).

Несостоятельность «центрэнцефалической» теории была показана в целом ряде работ советских авторов. Изучение ретикулярной формации в процессе филогенетического развития показало, что размеры ее уменьшаются по мере энцефализации. Ретикулярная формация по сравнению с корой — органом высшей интегрирующей функции мозга — является малодифференцированным, филогенетически старым образованием. Упорное игнорирование некоторыми западными нейрофизиологами учения об условных рефлексах останавливает их в недоумении перед вопросом о том, почему электрическое раздражение коры вызывает лишь элементарные ощущения или движения? Поскольку формирование сложных чувствительных или двигательных реакций человека происходит по принципу условных рефлексов, т. е. временных связей функционального характера, ясно, что они не могут быть вскрыты путем приложения электрического тока (М. Б. Кроль, Е. А. Федорова, 1966).

Характерно, что на симпозиуме в Детройте (США) о теории Penfield уже почти не упоминалось, и после чрезмерного увлечения ею ряд ученых стали протестовать «от имени миллионной массы клеток коры головного мозга». «Получается, что она (кора), как я долго старался здесь понять, — иронизировал на симпозиуме Джефферсон — обладает лишь одной важной функцией — сигнализировать о том, что делает ретикулярная формация... Бедная

кора! Насколько же ты утратила свое величие, что теперь тебя используют только как удобное место для вживления электродов!» (Джефферсон, 1962, с. 637).

Наряду с влиянием ретикулярной формации на корковые функции было установлено наличие кортикофугальных волокон, направленных к ретикулярной формации, исходящих из лобных отделов, поясной извилины, сенсомоторной коры и некоторых других ее областей. Электрофизиологические исследования позволили выяснить, что проведение импульсов по восходящим путям ретикулярной формации может быть заторможено или облегчено возбуждением вышеуказанных участков коры (Линдсли, 1962; Френч, 1962; Эйди, 1962, и др.). Стало очевидным, что сетчатая субстанция ствола мозга находится в свою очередь под контролем как древней, так и новой коры. Корковые механизмы имеют важное значение в организации деятельности целого мозга. Абсолютная необходимость таких механизмов хорошо иллюстрируется избирательной концентрацией настроженного внимания только на ограниченном количестве афферентных сигналов из того колоссального притока раздражителей, который постоянно действует на нервную систему.

Кортикопетальные и кортикофугальные связи обеспечивают взаимодействие ретикулярной формации ствола мозга и коры полушарий. Каждая из этих областей мозга может влиять на активность другой. Их взаимодействие играет важную роль и в образовании условных рефлексов. «Доказательство гениальной проницательности павловской мысли состоит в том, что его положение о связи этих процессов с корой, а также дальнейшие представления о возбуждении, торможении, иррадиации и концентрации в коре, основанные первоначально на остроумных экспериментах, наблюдениях и анализе периферической реакции, подтверждаются при более прямых исследованиях активности коры» (Мэгун, 1961). Участием ближайшей подкорки и верхней части ствола в выработке условных рефлексов можно объяснить важную роль эмоций, а также поощрения или наказания в процессе обучения (Мэгун, 1961; Лилли, 1962; Линдсли, 1962; Olds, 1962). Интенсивное изучение глубоких структур мозга позволило расширить знания и в области анатомо-физиологических основ эмоций.

К настоящему времени теория эмоций James-Lange имеет лишь исторический интерес, если не считать того, что в ней верно отмечена одна сторона эмоций — их выражение с помощью внешних признаков, включая двигательную сферу и вегетативные проявления. В дальнейшем в экспериментах на «таламических» и «гипоталамических» животных было показано, что выражение эмоций может осуществляться и в отсутствие новой коры. Однако активность новой коры имеет важное значение для интеграции эмоциональных ощущений. Этот факт подтверждается клинической практикой невропатологов, психиатров и нейрохирургов в тех случаях, когда поражаются лобные отделы коры. Та же клиническая практика способствовала уточнению представлений о значении в эмоцио-

нальной жизни человека подкорковых структур, в первую очередь таламуса и гипоталамуса.

Возникновение эмоциональных ощущений и их выражение в норме осуществляется за счет взаимодействия новой коры с гипоталамусом, лимбической и ретикулярной системами, связи которых и составляют основной механизм центрального нервного субстрата эмоций. В конstellляции этих образований Гельгорн и Лубборроу (1966) центральное место отводят гипоталамусу. Его значение в эмоциональных ощущениях и выражениях эмоций, а также в соматическом и вегетативном аспектах поведения, по их мнению, обусловлено стратегическим анатомическим положением и характером связей. Большую роль гипоталамуса в механизмах эмоций подчеркивает и Mac-Lean (1955, 1958), остроумно, но не совсем точно считающий главным добавлением к нервному «шасси» (спинному мозгу и стволу) «водителя» (гипоталамус и обонятельный мозг), выбирающего возможные направления поведения организма в целом. Обосновывая роль обонятельного мозга в эмоциональной жизни животного организма, Papez (1937, 1962) указывает на сложившуюся в процессе эволюции тесную связь ринэнцефалона с двигательными, вегетативно-висцеральными, эндокринными и эмоциональными системами. Простая поисковая реакция в самом начале ее формирования направлялась главным образом обонянием: разыскивание пищи, опознавание полового партнера или врага и т. д. Сигнально-биологическое значение указанной поисковой реакции способствовало образованию и закреплению в филогенезе функционально-морфологических связей между структурами, получившими наименование «висцеральный мозг» (Mac-Lean, Papez), «обонятельный мозг» (Грин, Эйди) или лимбическая система (Мак-Лин, Брейди).

Лимбические структуры мозга состоят из древних корковых и подкорковых областей, образующих «лимб» или границу вокруг ростральной части ствола мозга у входа в полушария. Исходя из полученных клинических и экспериментальных данных об эмоциональных расстройствах, Пейпз в 1937 г. предположил, что морфологической основой эмоций являются гипоталамус, передние ядра таламуса, поясная извилина, гиппокамп и их связи. Они составляют гармонически работающий механизм, лежащий в основе возникновения эмоций и участвующий в их выражении. Эти образования в последующем получили наименование «круг Пейпза». Генерализованная активация этого круга наступает при возникновении эмоционального возбуждения вначале либо в коре, со вступлением импульсов в круг через гиппокамп, либо в гипоталамусе. По мнению Пейпза, афферентные импульсы от различных рецепторов на уровне гипоталамуса делятся на три «потока»: «поток движений», «поток мысли» и «поток чувств». Первый — проводит импульсы через дорсальный таламус к полосатому телу, второй — от таламуса к латеральной коре, третий — через вентральный таламус к гипоталамусу, а оттуда через мамилло-таламический тракт к переднему ядру таламуса и далее к поясной извилине. Активность

первого потока — двигательный опыт, второго — сенсорный опыт, третьего — эмоциональный опыт. В качестве доказательств участия гиппокампа в эмоциональных реакциях приводились факты выраженных эмоциональных нарушений при бешенстве с характерной для него локализацией специфических изменений в области гиппокампа и супраоптического ядра (Papez, 1937). О роли таких образований, как гиппокамп, ункус и миндалина, свидетельствовал височный синдром Клувера и Бюси (1938, 1939). После двустороннего удаления височных долей у обезьян развивались глубокие изменения эмоционального поведения с утратой реакций агрессии и страха, тенденцией «изучать все предметы orally» и повышенной сексуальной активностью. Позднее органические изменения в височной доле и других отделах лимбической системы находили у погибших больных с фобическими и иными психическими расстройствами (Сем-Якобсен, 1962; Пейпз, 1962; Thiele, 1970). Гипотеза Пейпза получила признание, хотя одним из ее существенных недостатков является игнорирование участия новой коры в механизмах эмоций.

В настоящее время к лимбической системе относят вентральную часть гиппокамповой извилины (поля 27, 28а, 28в и 35 по Бродману), дорсальную часть цингулярной извилины (поля 24, 25 и 33), ряд образований древней, старой и межуточной коры: гиппокамп, первичные обонятельные структуры, орбитально-височную кору (поля 11, 12, 32, 36 и 38 по Бродману), а также связанные с этими структурами подкорковые образования: ядра перегородки, миндалину, эпиталамус, передние таламические ядра (И. С. Беритов, 1961; Б. И. Белый, 1968). Афферентные волокна к лимбической системе идут от ретикулярных клеток покрышки среднего мозга и от гипоталамической области. Все другие сенсорные системы также посылают к ней волокна. Эфферентные волокна лимбической системы направляются к коре, подкорковым ядрам, зрительному бугру, к ретикулярной формации мозгового ствола и в гипоталамус. Гипоталамус в свою очередь получает волокна от миндалины, гиппокампа, от большой лимбической доли, орбитальной зоны и передних отделов височной коры. О сложности связей этих образований дает представление схема Mac-Lean (рис. 1).

Изучение интрацеребральных механизмов эмоций значительно продвинулось с тех пор, как Hess (1928) разработал метод вживления в мозг экспериментальных животных очень тонких проводочных электродов. Начиная с 50-х годов техника имплантации электродов была усовершенствована, что позволило с помощью электрического раздражения мозга выяснить роль многих структур лимбической системы в эмоциональном поведении разных видов животных (Olds a. Milner, 1954; Mac-Lean, 1955, 1958, и др.), а также человека (Heath, 1963; Bishop a. oth., 1963; Н. П. Бехтерева и соавт., 1963, 1967; Дельгадо, 1971).

Hess впервые убедился в том, что при электрическом раздражении перивентрикулярного серого вещества дружелюбные и ласковые кошки вели себя «как если бы им угрожала собака».

Многочисленные последующие эксперименты подтвердили эти факты и показали, что аффективные защитные реакции у животных возникали при электрическом раздражении центрального серого вещества среднего мозга, перифорникальной зоны заднего гипоталамуса, дорсо-медиальных участков миндалины, обонятельного бугорка и пириформной коры. Выяснилось, что раздражение

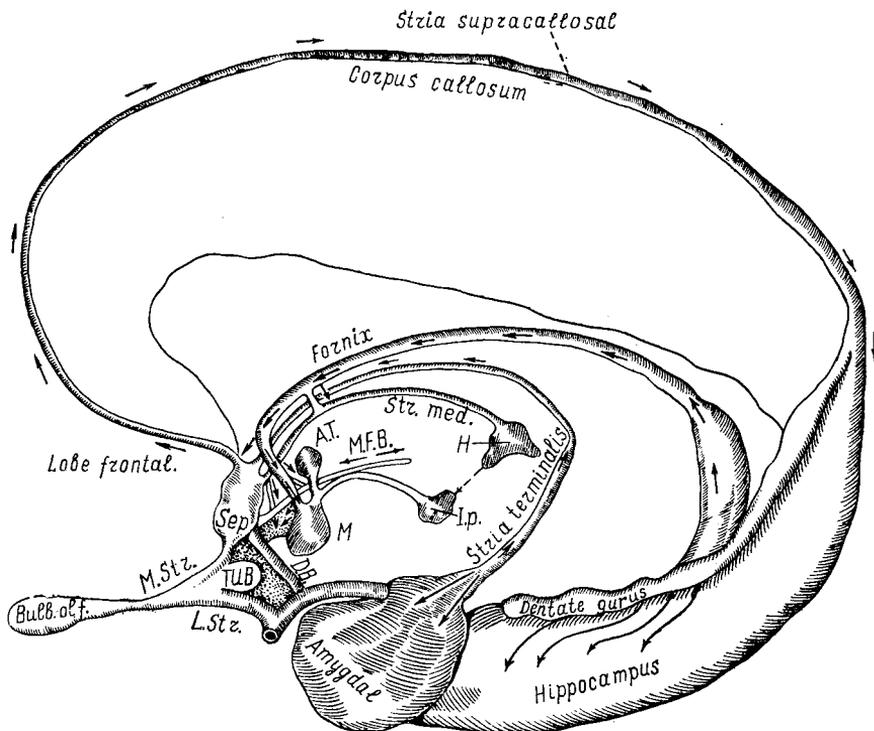


Рис. 1. Схема образований лимбической системы и их связей (по Mac-Lean).

A. T. — переднее ядро зрительного бугра; Д. В. — диагональный пучок Брока; H — поводок (habenula); P — интередункулярное ядро; Z. Str. — латеральная обонятельная полоска; M — мамиллярное тело; M. F. B. — медиальный пучок переднего мозга; M. Str. — медиальная обонятельная полоска; Bulb. olf. — обонятельная луковица; Sep. — перегородка; Str. med. — медуллярная полоска; Tub — обонятельный бугорок.

передних отделов гипоталамуса вызывает «ложную ярость», поскольку внешние признаки ее не сопровождаются нападением на других животных или же защитными действиями при угрозе со стороны последних. Раздражение боковых отделов гипоталамуса вызывало агрессивное поведение, четко направленное против других животных, что получило название «истинной ярости» (Дельгадо, 1971). При электростимуляции ствола мозга аффективные реакции появлялись немедленно, при раздражении миндалин — развивались постепенно. После деструкции гипоталамуса или среднего мозга на той же стороне аффективные реакции при раздра-

жении миндалин не вызывались (Zbrozyna, 1963). Раздражение заднего отдела гипоталамуса в том месте, где он переходит в ростральную часть ретикулярной формации среднего мозга, вызывало именно тот интегральный эффект (вегетативные, поведенческие и другие реакции), который давал возможность животному активно реагировать на изменения внешней среды. Электростимуляция этой «динамогенной зоны» (по Гессу) приводила к активации сердечно-сосудистой и дыхательной систем, облегчению соматосенсорных и двигательных функций, повышению состояния бдительности (Эйди, 1962).

В экспериментах по «самораздражению» было показано, что животные могут научиться наносить сами себе электрическое раздражение через внутримозговые электроды или же прекращать его (Olds a. Milner, 1954; Olds, 1962; Дельгадо, 1971, и др.). Позитивный эффект наблюдался при раздражении точек в большей части обонятельного мозга, в обширной системе структур вокруг гипоталамуса, в различных ядрах таламуса, покрышки и ядра хвостатого тела. Эти зоны получили название «старт-зоны», «зоны поощрения», «системы удовольствия». Животные с электродами в гипоталамусе и покрышке среднего мозга наносили себе до 7000 раздражений в час, не прекращая стимуляции до физического истощения. Эффект «удовольствия» был связан с процессами, имеющими пищевое и сексуальное значение: частота самораздражения латерального гипоталамуса и медиального септального поля выше всего у голодных крыс и тормозится приемом пищи; кастрация и андрогенная замещающая терапия уменьшали частоту самостимуляции у крыс с электродами в дорсо-медиальной части хвостатого ядра и в медиальном отделе ретикулярной формации ствола мозга. Негативный эффект наблюдался при раздражении дорсо-медиальных тегментальных и неспецифических таламических участков и области над медиальным лемниском («стоп-зоны», «зоны наказания», «системы неудовольствия»). Длительная стимуляция этих зон у обезьян приводила к тяжелым эмоциональным и соматическим расстройствам (Лилли, 1962).

Результаты прямого электрического раздражения глубоких отделов мозга экспериментальных животных дали основания к предположению о том, что, по крайней мере, важнейшие стороны аффективной экспрессии могут быть связаны с компонентами гипоталамо-лимбико-ретикулярной системы.

У человека электростимуляция через вживленные в глубокие отделы мозга электроды также вызывала различные эмоциональные ощущения и проявления (Heath, 1963; Н. П. Бехтерева, А. Н. Бондарчук, В. И. Смирнов, А. И. Трохачев, 1967; Дельгадо, 1971). Раздражение переднего гипоталамуса сопровождалось чувством беспочвенности с сердцебиением и приливом крови к голове; заднего гипоталамуса и покрышки среднего мозга — напряжением и гневом; миндалин и височной коры — чувством страха. Стимуляция среднего мозга, субталамической области, вентральных ядер зрительного бугра, перегородки, височных полей и вентро-медиаль-

ных частей лобной доли приводила к приятным эмоциональным переживаниям с повышенным настроением, смехом, а иногда и с половым возбуждением. Для психотерапевта в этих наблюдениях особый интерес представляют факты мышечного напряжения при отрицательных эмоциях, вызванных электростимуляцией, и мышечной релаксации при раздражении «зон удовольствия» (Сем-Якобсен, 1962; Дельгадо, 1971).

Важно отметить, что эмоциональные проявления при электростимуляции глубоких структур мозга человека переживались как неожиданные, не связанные с содержанием сознания, не зависящие от ситуации. Аффекты были беспредметными: «беспричинная радость», «безотчетный страх», «беспредметная тоска». Такие искусственные эмоции отличались от психогенных эмоциональных реакций. В ряде наблюдений отмечалось характерное эмоциональное поведение с определенной субъективной окраской.

Электростимуляция, очевидно, включала рабочие механизмы эмоций на уровне лимбической системы, являющейся не организатором, а модулятором эмоционально-психических процессов, зависящих от интеграции и взаимодействия с ретикулярной формацией, гипоталамусом и новой корой. Решение вопроса о функциях лимбической системы — это решение вопроса о том, какие именно подкорковые и филогенетически древние корковые образования участвуют в реализации эмоциональных изменений. По мнению Н. П. Бехтерева и соавт. (1967), кортикальные и субкортикальные образования являются звеньями сложнейших функциональных систем эмоций, имеющих как горизонтальную, так и вертикальную организацию. Эмоции возникают тогда, когда факторы социального или биологического характера выводят функциональную систему эмоций из состояния равновесия, изменяя характер взаимодействия ее с другими церебральными системами. Благодаря включению механизмов саморегуляции система возвращается в состояние равновесия, причем если равновесие устанавливается не на прежнем, а на новом уровне, то происходит сдвиг эмоционального состояния — меняется настроение. Важнейшую роль для протекания явлений в глубоких структурах мозга и формирования сложных эмоциональных реакций у человека имеют процессы на корковом уровне. Подкорковым структурам принадлежит организация самой возможности развития сложной эмоциональной реакции (Н. П. Бехтерева и соавт., 1967).

Какаясь метода электрического раздражения мозга, Дельгадо (1971) видит перспективы управления на расстоянии некоторыми процессами нервной деятельности. Он приводит интересные собственные наблюдения над животными и людьми с вживленными «стимосиверами». Стимосивер — миниатюрный электронный аппарат, позволяющий регулировать по радио параметры раздражения различных точек мозга и осуществлять телеметрическую регистрацию биотоков. На агрессивных быках «торо» было продемонстрировано, что быка можно остановить в самый разгар нападения на человека, раздражая по радио мозг через вживленный стимосивер.

Двусторонняя радиосвязь с мозгом человека, больного эпилепсией, по мнению Дельгадо, может помочь предотвращению эпилептического припадка или его психического эквивалента путем дистанционного электрораздражения через стимосивер.

Дельгадо считает, что знание интероцеребральных механизмов эмоций «позволит разработать более рациональные методы фармакологического и психотерапевтического лечения многих больных» (1971). Иллюстрацией этого положения является использование данных нейрофизиологии о связи психики и мышечного тонуса. У животных, находящихся под легким наркозом, реакция пробуждения в виде диффузной активации коры и возбуждения гипоталамуса наступает под влиянием проприоцептивных раздражений, но не возникает при слуховых, зрительных или тактильных. Предположение о том, что в поддержании возбудимости гипоталамуса и коры мозга ведущую роль играет проприоцептивная импульсация, было подтверждено экспериментами с блокированием мышечных импульсов кураре или курареподобными препаратами. При этом симпатическая реактивность гипоталамуса заметно снижалась, а изменения биопотенциалов коры были такими же, как во время сна или барбитурового наркоза. Даже болевое раздражение после введения кураре вызывало менее выраженное состояние возбуждения в коре и гипоталамусе. У ненаркотизированных животных с вживленными в мозг электродами можно было после введения кураре наблюдать такие же электрофизиологические сдвиги, а также сонливость и снижение реактивности в ответ на болевые и эмоциогенные раздражения (Гельгорн и Лувборроу, 1966).

Эмоциональное возбуждение, активация новой коры и гипоталамо-лимбико-ретикулярной системы всегда связаны с повышенной активностью двигательной сферы. При различных отрицательных эмоциональных состояниях нарастает мышечное напряжение. Оно способно по механизму положительной обратной связи влиять на состояние возбуждения гипоталамуса, вызывая дальнейшее усиление его реактивности по отношению к различным раздражителям, а также увеличивая интенсивность гипоталамо-кортикальных рядов.

Существование положительной обратной связи подтверждают работы, посвященные так называемой гамма-петле (Granit а. Kaada, 1952; Гранит, 1958; Элдрид и Фудзимори, 1962, и др.). Они показали, что мышечные веретена относятся к особым рецепторным образованиям, которые имеют эфферентную иннервацию за счет тонких гамма-эфферентов, занимающих около одной трети передних корешков спинного мозга. В передних рогах спинного мозга содержатся большие альфа-клетки, ответственные за быстрые и дифференцированные движения, малые альфа-клетки, посылающие импульсы для медленных тонических сокращений мышц туловища, плечевого и тазового поясов, а также гамма-мотонейроны. Последние не имеют прямого отношения к движению, но, иннервируя мышечные веретена, изменяют их реактивность. Спинальная саморегуляция мышечного тонуса и движений осуществляется следующим

образом. От тел гамма-клеток, заложенных в передних рогах спинного мозга, идут с высокой частотой разряды по безмиелиновым гамма-волокнам к мельчайшим «интрафузальным» волокнам веретенового рецепторного органа. Центральный участок интрафузального волокна лишен поперечной исчерченности и несократим. Этот центральный участок обвивается наподобие спирали первичным рецептором, так называемыми аннулоспиральными окончаниями. Сократительные краевые участки интрафузального волокна полочкают веточки от мелких гамма-мотонейронов. Экстрафузальные волокна иннервируются толстыми волокнами двигательных нервов. В ответ на приход импульсов по тонким гамма-волокнам крайние (лежащие у полюсов) участки интрафузального волокна сокращаются. Если мышца как целое не сокращается, то крайние (конечные) участки интрафузального волокна фиксированы, а центральный участок растянут, что приводит к генерации импульсов по аннулоспиральным первичным рецепторам. Эти афферентные импульсы (сенсорные разряды веретен), поднимаясь по афферентным волокнам, проходят через задние корешки в спинной мозг и обеспечивают положительную обратную связь, изменяя в свою очередь активность альфа-мотонейронов, т. е. повышая мышечный тонус и вызывая движение, а также усиливая активность ретикулярной системы, которая стимулирует возникновение разрядов в гамма-эфферентах. Таким образом, при постоянном мышечном напряжении афферентный разряд, возникающий в мышечных веретенах, растет с повышением степени возбуждения в системе тонких гамма-волокон. Эмоциональное возбуждение, в реализации которого участвуют кора, гипоталамус, лимбическая система и ретикулярная формация, приводит к неизбежному возбуждению в системе гамма-эфферентов. Последняя усиливает реактивность мышечных веретен и разряды, идущие от них, что способствует дальнейшему возрастанию возбуждения в «восходящем ряду»: ретикулярная формация — лимбическая система — гипоталамус — кора. С другой стороны, все стимулирующие афферентные импульсы, проходящие в мозговом стволе, через коллатерали к ретикулярной формации производят неспецифическое усиление кортикальной активности (реакция пробуждения по *Moguzzi a. Magoun*), активизируют вегетативную сферу, увеличивают аффективность, возбуждают через нисходящую ретикуло-спинальную систему гамма-эфференты и приводят к увеличению мышечного тонуса («спинальная реакция пробуждения» по *Birkmaier*, 1970). Некоторое представление об элементах гамма-петли и саморегуляции мышечного тонуса дает схема Биркмайера (рис. 2).

В свете представленных фактов нейрофизиологии становится понятным седативный эффект многих лекарств, обладающих периферическим миорелаксирующим действием (мепробамат, панпарнит и др.), благотворное действие теплых ванн (расслабление мышц, сонливость и ослабление эмоциональной реактивности) или же полезное влияние систематического обучения больных неврозами мышечному расслаблению. Состояние мышечного расслабления

снижает реактивность гипоталамуса, а следовательно, и эмоциональную возбудимость. И наоборот, снижение уровня центрального возбуждения в результате психотерапии ведет к уменьшению нисходящих корково-гипоталамо-соматических разрядов и снижению активности мышечных веретен в системе обратной связи. Независимо от того, вызвано ли расслабление скелетной мускулатуры физиологическим, физиотерапевтическим, фармакологическим или

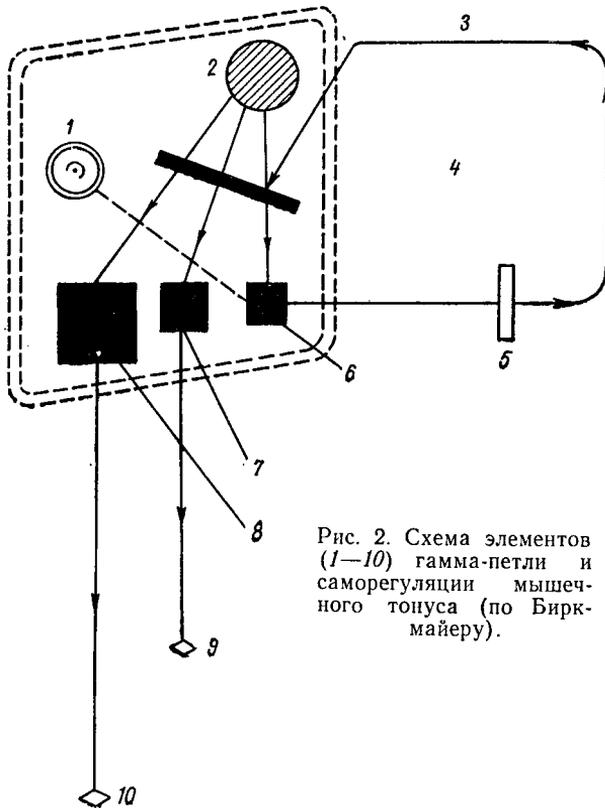


Рис. 2. Схема элементов (1—10) гамма-петли и саморегуляции мышечного тонуса (по Биркмайеру).

психотерапевтическим путем, оно сопровождается снижением эмоциональной реактивности и ослаблением невротических симптомов.

В практике психотерапии полезно, видимо, учитывать не только действие общей релаксации, но и дифференцированного расслабления отдельных мышечных групп. Психологи давно обращают внимание на неперенное участие в эмоциональной экспрессии мимических, жевательных и речевых мышц и выразительность напряжения мышц кисти и пальцев. Интересно, что и «гомункулюс» Пенфилда также свидетельствует о большой территории представления в коре больших полушарий головного мозга человека указанных двигательных актов (рис. 3). Существуют другие доказательства их значения в психоэмоциональной сфере. Например,

перерезка тройничных нервов в эксперименте всегда вызывала электрофизиологические и клинические признаки сна, тогда как перерезка других черепно-мозговых нервов к этому не приводила; от тройничного нерва идут обширные вторичные проекции в гипоталамус и лимбическую систему (Kerr a. oth., 1955; Roger a. oth., 1956; Гаррис, 1962). В исследованиях со вживленными в мозг человека электродами было выяснено, что сжимание кисти в кулак приводило к увеличению количества разрядов в ядрах таламуса на

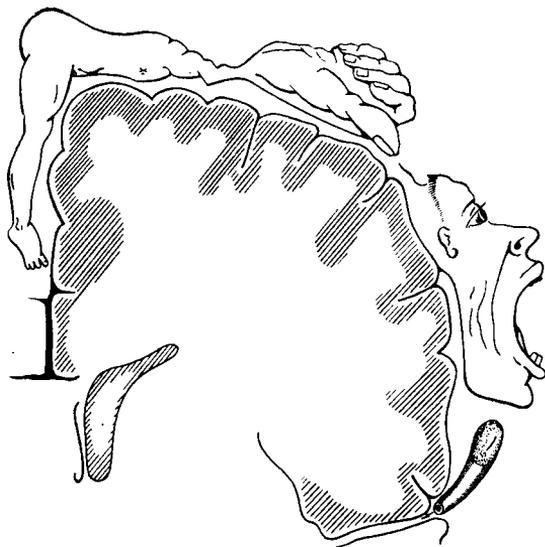


Рис. 3. Представительство движений в коре больших полушарий головного мозга человека (по Пенфилду).

250%, а при сгибании той же руки в локте — только на 135% (Н. П. Бехтерева и соавт., 1967). Эти факты могут быть учтены при нейрофизиологическом обосновании тех модификаций аутогенной тренировки, в которых пристальное внимание обращается на упражнения в релаксации мимических, жевательных и речевых мышц («маска релаксации») и на особую ценность релаксации мышц кисти и пальцев. Эти факты, наряду с другими сведениями из современной нейрофизиологии, позволяют также предполагать, что представления о ведущем значении в механизмах аутогенной тренировки аутогипноза или прямой вербальной аутосуггестии вряд ли могут объяснять терапевтический эффект метода.

Действенность метода обычно связывают с возникновением гипнотического фазового состояния — состояния аутогипноза с саморапортом, и с длительным, многократным самовнушением на фоне фазового состояния коры больших полушарий (Kleinsorge u. Klum-

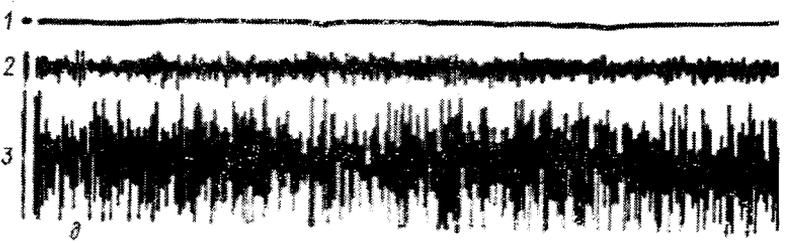
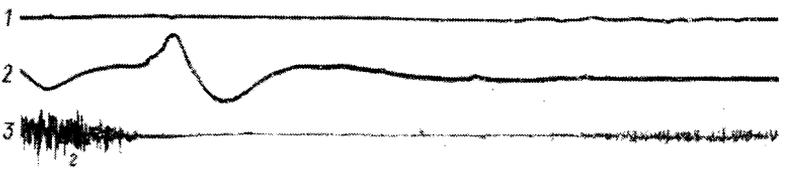
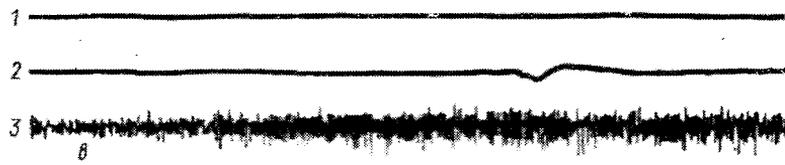
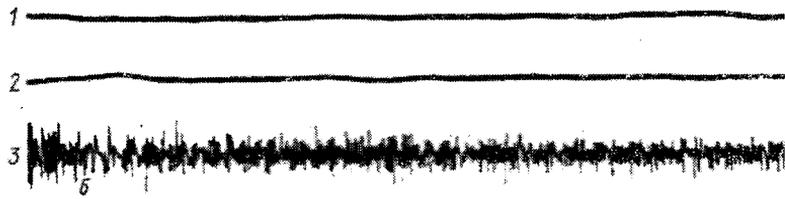
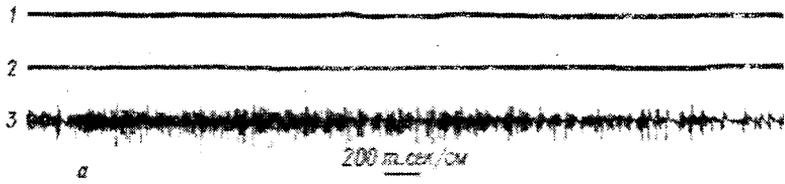
bies, 1962; А. М. Свядош и А. С. Ромен, 1966; И. Ф. Мягков и А. И. Лакомкин, 1968, и др.). В доказательство определяющей роли аутогипноза приводят возможность развития таких гипнотических феноменов, как каталептический мост, а также возникновение на электроэнцефалограмме во время сеансов аутогенной тренировки гипнотического фазового состояния, промежуточного между сном и бодрствованием (О. А. Барановская, А. С. Ромен, А. М. Свядош, 1961). Однако каталепсия при проведении упражнений развивается редко (И. Ф. Мягков и А. И. Лакомкин, 1968; наши наблюдения) и, по всей вероятности, лишь у внушаемых субъектов, при сознательном усилении в технике упражнений суггестивных моментов.

Наиболее демонстративные различия в механизмах гипноза и аутогенной тренировки можно было наблюдать при электрофизиологических исследованиях. Используя аутогенную тренировку в комплексе с гипносуггестивной терапией при некоторых органических заболеваниях нервной системы, мы отмечали смягчение выраженности экстрапирамидных гиперкинезов и спастичности при пирамидных парезах. Приемами аутогенной тренировки удавалось уменьшать выраженность насильственных движений и удлинять светлые промежутки между периодами гиперкинеза. Терапевтическое влияние аутогенной тренировки подтверждалось электромиографической регистрацией биопотенциалов покоя и действия мышц и мышечных групп, находящихся в состоянии гиперкинеза. Амплитуда осцилляций мышцы, принимающей участие в насильственном движении, во время сеансов аутотренинга уменьшалась в 2—3 раза. Эта редукция биопотенциалов происходила и в фазе активного мышечного усилия, синхронного с насильственным движением, что заставляло предполагать, в отличие от гипнотических механизмов, возможность посылки активных волевых, кортико-спинальных импульсов, тормозящих гиперкинез (рис. 4).

Исследование биотоков мышц при вызывании сухожильных рефлексов в случае пирамидной ригидности также показало принципиальную возможность использования аутогенной тренировки для смягчения выраженности пирамидного пареза. Влияние аутогенной тренировки и гипноза на рефлекторную сферу при пира-

Рис. 4. Электромиографические исследования больного спастической кривошеей.

а — больной в положении сидя, голова — прямо; 1 — сгибатель пальцев правой кисти, 2 — правая, 3 — левая грудино-ключично-сосковая мышца в покое; *б* — те же условия исследования, но голова больного повернута вправо. Амплитуда биопотенциалов действия работающей мышцы (3) почти равна высоте осцилляций этой же мышцы в покое на рисунке *а*, 1; *в* — больной в положении лежа, голова повернута вправо. Видны биотоки левой грудино-ключично-сосковой мышцы (3); *г* — то же положение больного, что и на рисунке *в*, 1. В момент проведения аутогенной тренировки (релаксация) происходит заметная редукция амплитуды биопотенциалов (3); *д* — больной в положении лежа. Голова приподнята прямо и удерживается в таком положении. Амплитуда потенциалов действия левой грудино-ключично-сосковой мышцы (3) в 6—8 раз превосходит высоту осцилляций одноименной правой мышцы (2); *е* — те же условия, что и на рисунке *д*, 1. Проводится сеанс аутогенной тренировки. Заметна редукция амплитуды электромиограммы левой мышцы, находящейся в состоянии гиперкинеза, в 2—3 раза по сравнению с высотой биопотенциалов действия этой мышцы до сеанса аутотренинга.



мидном парезе, судя по данным электромиографии, неодинаково. Если во время сеансов аутогенной тренировки происходит заметное уменьшение высоты рефлекса и спастичности мышц (рис. 5, а, б), то во время сеанса гипноза гиперрефлексия даже усиливается, что

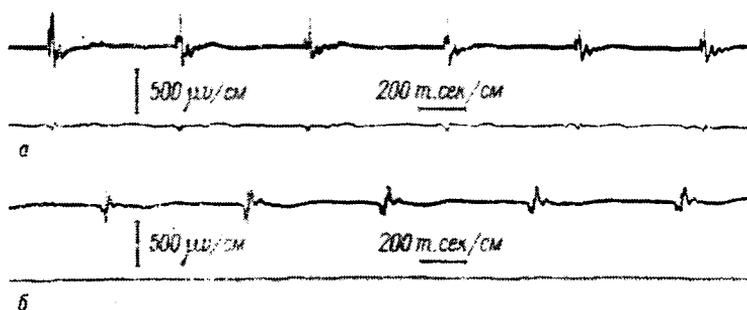


Рис. 5. Рефлексограмма ахиллова рефлекса у больного рассеянным склерозом на стороне спастического пареза.

а — до начала сеанса аутогенной тренировки; б — уменьшение амплитуды (высоты рефлекса) во время сеанса аутогенной тренировки.

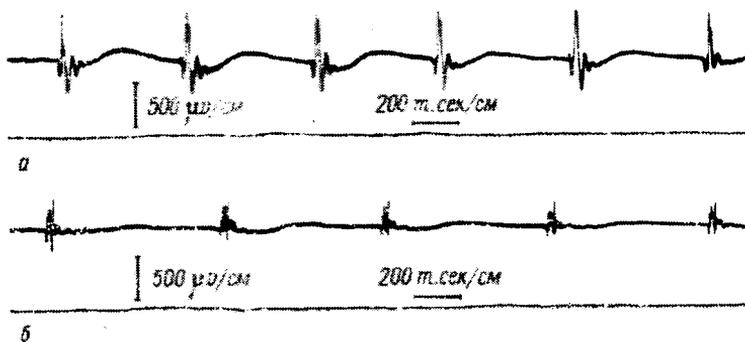


Рис. 6. Изменения высоты рефлекса в гипнотическом состоянии и при последовательном проведении гипноза и аутогенной тренировки.

а — нарастание амплитуды (высоты рефлекса) во время гипнотического сеанса; б — снижение амплитуды высоты рефлекса в постгипнотическом состоянии во время сеанса аутогенной тренировки.

может свидетельствовать в пользу гипнотического коркового торможения (рис. 6, а). При последовательном проведении сеансов аутогенной тренировки и гипноза одному и тому же больному с одновременной электромиографической регистрацией установлено уменьшение гиперрефлексии в постгипнотическом состоянии (рис. 6, б).

Представленные здесь факты позволяют рассматривать снижение мышечного тонуса и рефлексов не как результат внушенного или гипнотического состояния, а как следствие произвольного, волевого и длительного глубокого расслабления мышц, воспитанного упражнениями. Очевидно, что общие и местные эффекты такой «культивированной» мышечной релаксации и прямой вербальной или мысленной суггестии могут быть различными. В частности, сказанное хорошо иллюстрируется и при направленной органотренировке по Kleinsorge и Klumbies. Нами были проведены электрографические исследования изменений, наступающих под влиянием общей мышечной релаксации и аутосуггестии чувства тепла и холода в эпигастральной области у группы больных гастритами с нарушением секреторной и моторной функций. Исследования показали нормализующее влияние релаксации мышц на двигательную функцию желудка (рис. 7). В то же время внушение чувства тепла в области желудка приводило к ухудшению показателей электрогастрограммы, а чувства холода — к парадоксальному их улучшению (рис. 7, 4 и 5). Вероятно, общая мышечная релаксация оказывает действительное влияние на тонус гладкой мускулатуры, причем это влияние осуществляется не за счет механизмов аутосуггестии, а при активной стимуляции резервных возможностей коры. В связи с этим уместно вспомнить, что Jacobson всячески протестовал против отнесения метода прогрессивной релаксации «просто к новой форме суггестии». В его электрофизиологических исследованиях (1932) было показано значительное снижение и даже отсутствие коленного рефлекса при натренированной релаксации, но появление рефлекса при наступлении сонного торможения. Он неоднократно подчеркивал более резкое снижение мышечного тонуса во время сеансов релаксации, чем во сне. Возможно, что получение при аутогенной тренировке более выраженных вегетативно-сосудистых сдвигов, нежели при внушении в гипнозе, в наблюдениях И. Ф. Мягкова и А. И. Лакомкина (1968) также свидетельствовало о включении иных, кроме гипнотических, механизмов, хотя сами авторы и

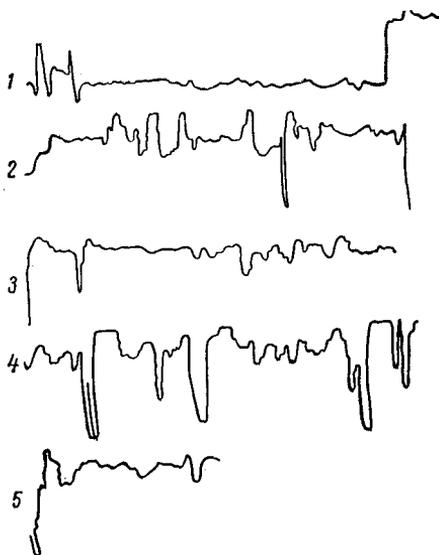


Рис. 7. Влияние аутогенной тренировки на гладкую мускулатуру желудка по данным электрогастрографии.

1 — электрогастрограмма здорового человека; 2 — электрогастрограмма больного гастритом с дискинезией желудка; 3 — влияние на электрогастрограмму общей релаксации; 4 — влияние ощущения тепла в области желудка; 5 — влияние ощущения холода в области желудка.

объясняли эти сдвиги самовнушением. В исследованиях этих авторов самовнушение ощущения тяжести в правой руке у здоровых лиц приводило к учащению пульса в среднем на 10%, а дыхания — на 20%; при самовнушении ощущения тепла пульс ускорялся на 13%, а дыхание — на 26%. Замедление частоты сердечных сокращений достигалось путем соответствующего самовнушения с большим трудом и не более чем на 8—10%.

В наших наблюдениях, проведенных на 50 больных неврозами, исследовались частота пульса, артериальное давление и кожная

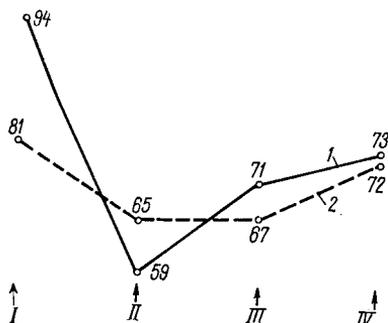


Рис. 8. Динамика частоты пульса (количество ударов в 1 мин) во время занятия аутогенной тренировки.

1 — женщины (25 человек); 2 — мужчины (25). I — до начала занятий; II — после общей релаксации и дыхательной гимнастики; III — при органотренировке; IV — перед выходом из состояния аутогенного погружения.

са пульс урежался на 16% по сравнению с исходными цифрами (рис. 8).

Измерения артериального давления показали, что под влиянием занятий у лиц со склонностью к артериальной гипертензии происходит нормализация главным образом систолического давления. У лиц со склонностью к артериальной гипотонии заметных изменений артериального давления не наблюдалось.

Измерение кожной температуры позволило подтвердить литературные данные о повышении температуры кожи под влиянием специальных упражнений в среднем на 3°.

Сводные результаты указанных выше исследований представлены на рис. 9 и 10.

У 30 больных неврозами были изучены электроэнцефалографические изменения во время сеансов аутогенной тренировки. Непосредственным поводом к этому исследованию послужили сообщения больных о том, что они при аутотренинге совершенно четко разграничивают два состояния: вначале, во время мышечного расслабления, появляется ощущение тяжести во всем теле; оно сменяется при углублении сосредоточения чувством легкости, «нев-

температура на протяжении занятия аутогенной тренировкой (освоение первой ступени). Эти наблюдения показали, что непосредственно перед началом занятий, особенно у нетренированных больных, часто наблюдалась тахикардия, которую можно было связать с эмоциональной реакцией на обстановку. При исследовании частоты пульса у 25 женщин и 25 мужчин в среднем она оказалась перед началом занятий 94 уд. в 1 мин у женщин и 81 — у мужчин. Пятикратный подсчет пульса на протяжении каждого занятия и курса первой ступени (12 занятий) выявил отчетливое снижение его частоты по окончании сеанса аутогенной тренировки до 59 уд. в 1 мин у женщин и 65 уд. в 1 мин у мужчин (средние цифры). К концу курса

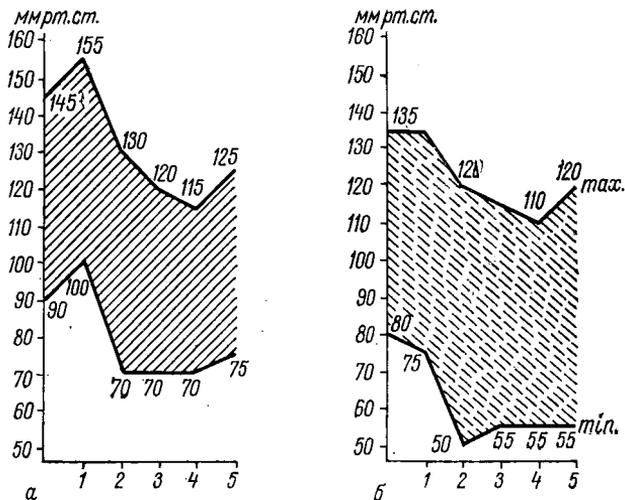


Рис. 9. Изменения артериального давления на протяжении курса аутогенной тренировки.

а — первая; б — вторая половина курса. Артериальное давление: 1 — перед началом занятия; 2 — после общей релаксации и дыхательной гимнастики; 3 — при органотренировке; 4 — перед выходом из состояния аутогенного погружения; 5 — через 1 ч после окончания занятия.

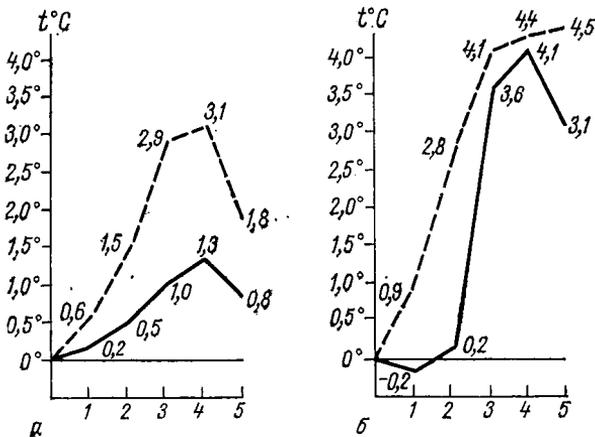
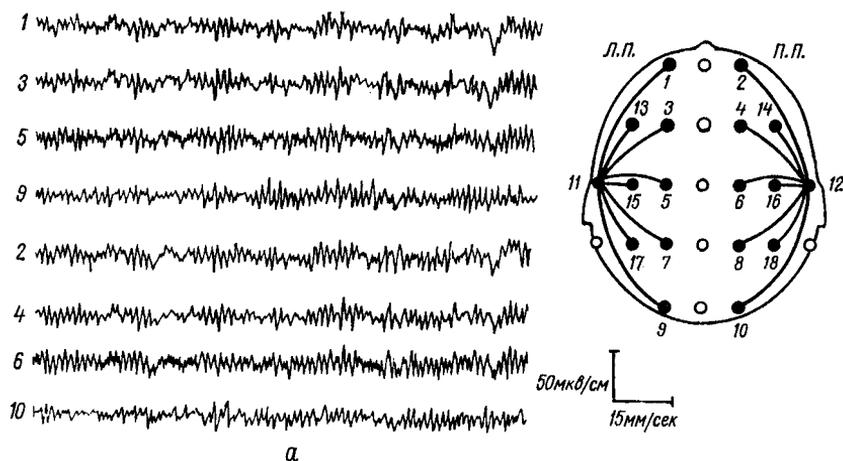


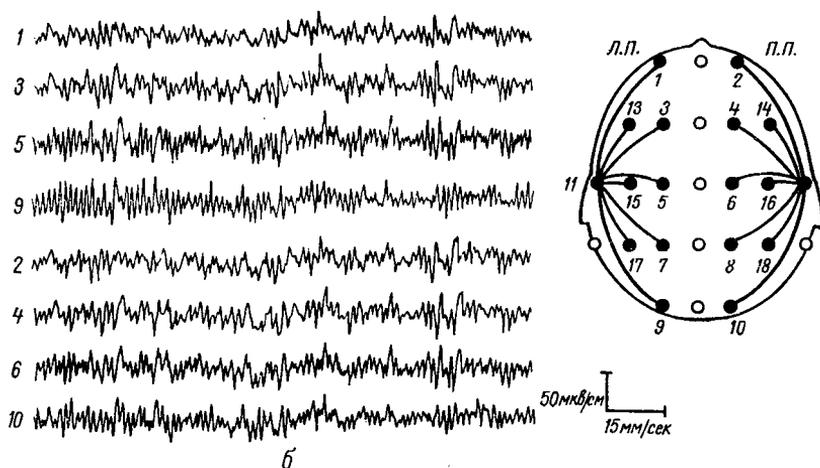
Рис. 10. Динамика температуры кожи ладонной поверхности кисти в процессе занятия аутогенной тренировкой.

а — у больных неврастениями (I тип); б — у больных истерией и лиц с повышенной возбудимостью (II тип).

сомости», «парения в воздухе». Если первую фазу, фазу мышечной релаксации, рассматривать как подготовительную, а вторую фазу считать, в соответствии с имеющимися литературными сведениями о значении длительного самовнушения, фазой активного аутоген-



а



б

Рис. 11. Фазовые изменения ЭЭГ под влиянием аутогенной тренировки у большого неврастеника.

а — фоновая ЭЭГ; б — первая фаза аутогенного состояния (общая релаксация). Определяется замедление альфа-ритма и появление тета-волн, особенно выраженные в передних отделах головного мозга;

ного воздействия, его высотой, то мы вправе были бы рассчитывать именно во второй фазе получить доказательства возникновения гипнотического фазового состояния коры головного мозга. Проведенные исследования показали, что по сравнению с фоновыми электроэнцефалограммами в первой фазе сеанса аутогенной тре-

нировки возникает замедление альфа-ритма и появляются медленные тета-волны, преимущественно в передних отделах головного мозга (лобные, лобно-теменные и височные отведения). Во второй фазе медленных волн становится меньше и основной фон состав-

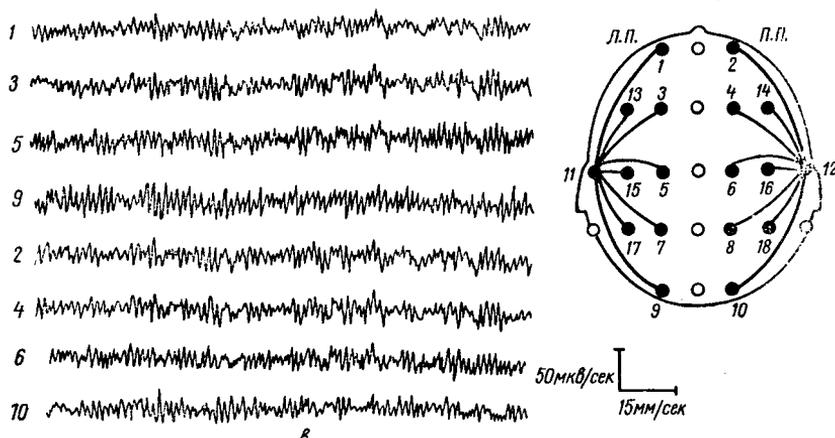


Рис. 11 (продолжение).

в — вторая фаза аутогенного состояния (фаза самососредоточения), активного аутогенного воздействия. Видна нормализация ЭЭГ.

ляет хорошо выраженный альфа-ритм; индекс альфа-ритма увеличивается. Изменения электроэнцефалограммы, найденные у больных неврозами, и их динамика во время сеанса аутогенной тренировки представлены в табл. 1.

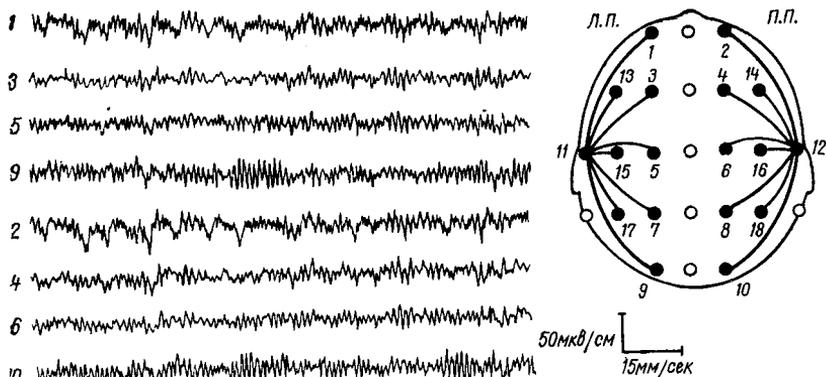
Из табл. 1 следует, что под влиянием аутогенной тренировки наступают заметные изменения биоэлектрической активности, ха-

ТАБЛИЦА 1

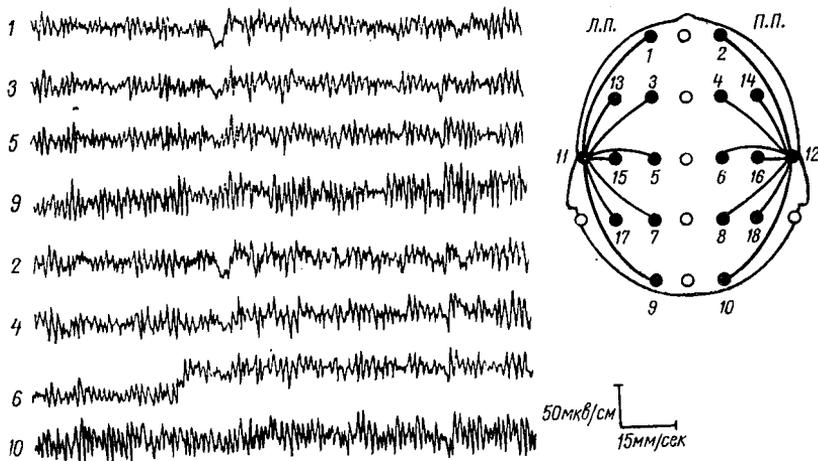
Изменения биоэлектрической активности головного мозга во время сеансов аутогенной тренировки у 30 больных неврозами

Типы ЭЭГ	Число больных		
	Фоновые данные	Биоэлектрическая активность во время сеанса аутогенной тренировки	
		I фаза	II фаза
Нормальные параметры ЭЭГ	11 (40%)	6 (20%)	16 (53,3%)
Измененные » ЭЭГ	19 (60%)	24 (80%)	14 (47,7%)
в том числе:			
диффузно сниженная активность непостоянный по частоте амфари- ритм	1	—	—
дизритмия с увеличением бета- потенциалов	2	3	3
дизритмия с тета-волнами	6	5	6
» » бета- и тета-волнами	6	12	5
	4	4	—

рактизирующиеся определенной фазистостью. Они наиболее выражены в первой фазе, которую отличает преобладание медленных ритмов. Так, из 24 больших с измененными параметрами ЭЭГ в этой фазе у 16 регистрировались тета-волны, а у остальных 8 отмечалась



а



б

Рис. 12. Фазовые изменения ЭЭГ под влиянием аутогенной тренировки у больного истерией.

а — фоновая; *б* — первая фаза аутогенного состояния (общая релаксация). Определяется замедление альфа-ритма в передних отделах головного мозга;

лись непостоянство частоты альфа-ритма с его замедлением, дизритмия с увеличенными бета-потенциалами (видными за счет подавления альфа-активности). Очевидно, что первая фаза аутогенной тренировки проявляется сниженной корковой (биоэлектрической) активностью и тормозными процессами в коре больших полушарий. Во второй фазе у большинства больных (16 по сравнению с 6

в первой фазе и с 11 в фоновых данных) прослеживается хорошо выраженный альфа-ритм, а у остальных индекс альфа-ритма увеличивается, и в отдельных наблюдениях со сниженной биоэлектрической активностью количество медленных волн становится мень-

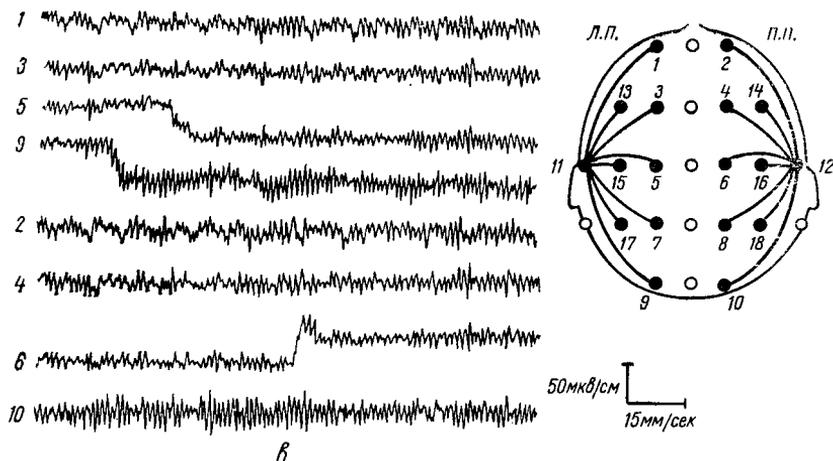


Рис. 12 (продолжение).

в — вторая фаза аутогенного состояния. Нормализация ЭЭГ.

шим. Эти закономерности иллюстрируются приводимыми далее электроэнцефалограммами больных неврозами, записанными во время занятий аутогенной тренировкой (рис. 11, 12).

Таким образом, ЭЭГ-показатели первой фазы, фазы мышечной релаксации, указывают на преобладание тормозного процесса в коре больших полушарий головного мозга. Во второй фазе, фазе максимального сосредоточения, регистрируются ЭЭГ-процессы, свидетельствующие о концентрации внимания, состоянии бодрствования с активной корковой деятельностью.

Чрезвычайная сложность вопроса и небольшое число исследований заставляют быть сдержанными в отношении выводов, однако полученные данные, в общем, могут быть расценены в пользу существования принципиальных различий в механизмах действия гипноза и аутогенной тренировки. Если гипнотическое внушение носит пассивный характер и удастся лишь на фоне заторможенной корковой деятельности, то аутогенная тренировка предусматривает активное сосредоточение внимания на определенных ощущениях или волевых тормозящих психомоторных, психосенсорных и психо-вегетативных импульсах, целенаправленно интегрированных со многими нервно-психическими реакциями. Иными словами, аутогенные влияния направлены на максимальное использование и стимуляцию резервных возможностей коры и перестройку субординационных нервнорегуляторных корково-подкорково-спинальных механизмов.

Ведущим и определяющим звеном аутогенной тренировки является восстановление или перестройка нервной регуляции, которые осуществляются выработкой и включением частных нейрофизиологических механизмов. Последние складываются из:

1) активной посылки тормозящих кортико-фугальных импульсов по гипоталамо-лимбико-ретикулярной системе к тонким гамма-эфферентам интрафузальных мышечных веретен;

2) снижения активности мышечных веретен и афферентной проприоцептивной импульсации под влиянием тренированной релаксации мышц;

3) снижения по механизму обратной связи реактивности гипоталамо-лимбических образований по отношению к различным раздражителям и уменьшения интенсивности гипоталамо-кортикальных разрядов, что сопровождается ослаблением эмоционально-вегетативной возбудимости и сглаживанием невротических симптомов;

4) тренировки корковых процессов возбуждения и торможения и их подвижности, что увеличивает возможности саморегуляции высшей нервной деятельности и произвольных вегетативных функций, упражняет волю, внимание и воображение, «дисциплинирует» эмоции;

5) уравнивания корковых процессов, что приводит к снижению возбуждающих нисходящих корково-гипоталамо-лимбико-ретикулярных разрядов, смягчению эмоционально-вегетативной напряженности и вторичному уменьшению активности мышечных веретен.

Элементы самовнушения не исключаются. Суггестивная направленность упражнений, при наличии показаний, может быть усилена врачом, хотя в общей структуре занятий суггестия играет небольшую роль. Самовнушение имеется в каждом физиологическом акте. Достаточно сказать, например, что подготовка ко сну и укладывание в постель есть самовнушение сна. Однако в отличие от такой физиологической аутосуггестии и медицинской аутосуггестии, в механизмах аутогенной тренировки большое место занимает самоубеждение (аутодидактика), что делает аутогенную тренировку интеллектуальным и волевым процессом, открывающим пути к рациональной перестройке личности.

ТЕХНИКА АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ НИЗШИХ СТУПЕНЕЙ

КЛАССИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ШУЛЬЦА

Schultz (1926, 1927, 1928), наблюдая комплекс телесных ощущений, сопутствующих гипнозу, установил, что ощущение мышечной тяжести является субъективным переживанием снижения тонуса скелетной мускулатуры, а ощущение тепла — расширения сосудов. Если представление тяжести в мышцах влечет за собой расслабле-

ние мускулатуры, то самопроизвольное расслабление «формирует» ощущение тяжести. Этот вывод согласовался и с наблюдениями других исследователей (Jacobson, 1938). Позже существование такой же прямой и обратной связи между ощущением тепла и тонусом сосудов было подтверждено электрофизиологическими исследованиями (Jacobson a. oth., 1964; М. Н. Валуева, 1967).

Основываясь на подобных наблюдениях, Шульц обучал испытуемых приемам самогипнозизации путем самовнушения ощущений тяжести и тепла в руках и ногах, а в последующем использовал достигаемые таким образом состояния с лечебными целями. Это послужило началом лечебной методики, названной автором «аутогенной тренировкой».

Создавая систему аутогенной тренировки, Шульц находился под влиянием работ Vogt (1894, 1895, 1896) и сотрудничавшего с последним Brodmann (1897, 1898). Больные, подвергавшиеся неоднократно гипнозу, научались вызывать у себя гипнозоподобные состояния, но с сохранением самоконтроля. Эти состояния, которыми больные охотно пользовались для уменьшения напряженности, усталости, купирования головных болей и других невротических симптомов, Vogt и Brodmann обозначали термином «профилактический отдых — аутогипноз» (цит. по Luthe, 1969, v. I).

Для достижения тренирующимися нужных ощущений Шульц разработал 6 основных стандартных упражнений первой ступени аутогенной тренировки, выполняемых путем мысленного повторения соответствующих формул самовнушения, которые подсказываются руководителем тренировки и заучиваются пациентами. В окончательном виде эти формулы-самоприказы сводятся к следующим:

«Я совершенно спокоен» — подготовительная формула.

1-е стандартное упражнение: «Моя правая (левая) рука (нога) тяжелая. Обе руки и ноги тяжелые». Первое упражнение разучивается на первых 3—4 занятиях с врачом (гетеротренинг). Повторяется большими самостоятельными.

2-е стандартное упражнение: «Моя правая (левая) рука (нога) теплая. Обе руки и ноги теплые». Второе упражнение разучивается на последующих (5—8-м) занятиях гетеротренинга. В дальнейшем 1-е и 2-е упражнения объединяются единой формулой — «Руки и ноги тяжелые и теплые».

3-е стандартное упражнение: «Сердце бьется мощно и ровно». Упражнение разучивается на 9—10-м занятиях гетеротренинга.

4-е стандартное упражнение: «Мое дыхание совершенно спокойно» или «Мне дышится совершенно спокойно и свободно». Это упражнение осваивается на 11-м занятии гетеротренинга.

5-е стандартное упражнение: «Мое солнечное сплетение излучает тепло» или «Живот прогрет приятным глубинным теплом». Это упражнение разучивается на 2—3 последующих занятиях гетеротренинга (12—14-е занятие).

6-е стандартное упражнение: «Мой лоб приятно прохладен». Шестое упражнение разучивается на последних 2—3 занятиях гетеротренинга (15—17-е занятие).

Перечисленные шесть упражнений составляют основу аутотренинга I по Шульцу: они описываются автором во всех его руководствах по аутогенной тренировке (1932, 1958, 1966) и входят обязательной составной частью в большинство модификаций аутотренинга I, разработанных в последующем другими авторами. Весь курс аутогенной тренировки I насчитывает, таким образом, не менее 15—17 ежедневных занятий, проводимых под руководством психотерапевта, и длится около 3—4 месяцев. В промежутках между занятиями гетеротренинга больные должны проводить упражнения самостоятельно.

Шульц придает особое значение последовательности разучивания упражнений: их порядок, по его мнению, не может быть изменен, так как усвоение каждого последующего упражнения строится на реализации предыдущего. Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущения. Так, например, упражнение в самовнушении тепла в руках и ногах считается усвоенным после того, как ощущение тепла в результате определенного числа самостоятельных тренировок разливается по всему телу.

Аутотренинг по Шульцу проводится с закрытыми глазами в одной из следующих трех поз: 1) в позе «кучера на дрожжах», при которой груз тела без мышечного напряжения переносится на связочный аппарат позвоночника; 2) сидя (полулежа) в кресле с высоким подголовником и подлокотниками; 3) лежа. Сообразно с такими позами для тренировки могут быть использованы обычные стулья («поза кучера»), кресла (тренировка полулежа) и кушетки (тренировка лежа). Формулы самоприказа произносятся психотерапевтом во время занятий гетеротренинга; тренирующиеся мысленно повторяют их вслед за врачом. Самостоятельная тренировка (аутотренинг) является повторением гетеротренинга; во время ее больные мысленно произносят разученный на гетеротренинге самоприказ. По мнению автора, стереотипно повторяемые словесные формулы способствуют формированию нужных ощущений.

Для аутогенной тренировки может быть использована звукозапись занятия гетеротренинга, но лишь как дополнительное пособие, не заменяющее самостоятельной тренировки.

Цель *первого* упражнения (тяжесть) — добиться наибольшего расслабления поперечнополосатой мускулатуры. Исходя из того, что мышечная система более других систем организма подвержена волевому контролю, Шульц считает необходимым начинать курс аутогенной тренировки I с вызывания ощущения мышечной тяжести. Это, по его мнению, вызывает максимальное расслабление мышц, освобожденных от волевого воздействия. При достаточной тренированности наступает генерализация ощущения тяжести, распространяющегося на все тело, что свидетельствует об усвоении упражнения.

Цель *второго* упражнения (тепло) — овладение регуляцией сосудистой иннервации конечностей. Выполнение его сопровождается объективно регистрируемыми расширением кожных сосудов и местным повышением кожной температуры (А. С. Ромен, 1970). О до-

статочном усвоении этого упражнения свидетельствует генерализация ощущения тепла.

Цель *третьего* упражнения — регуляция ритма сердечных сокращений. По данным Шульца (1958), больной, повторяя мысленно формулу самоприказа, вызывает у себя сенсорные представления, окрашенные приятными эмоциями, и, таким образом, может научиться произвольно менять частоту пульса до 30 ударов в минуту в ту или иную сторону.

Четвертое упражнение направлено на нормализацию и регуляцию дыхательного ритма.

Пятое упражнение должно вызывать ощущение тепла в брюшной полости в области солнечного сплетения. Оно усваивается труднее других упражнений. Сам автор не дает ему четкого физиологического обоснования, однако рекомендует предварительно разъяснить тренирующимся значение солнечного сплетения в иннервации внутренних органов. При удачном выполнении пятое упражнение вызывает ощущения, аналогичные испытываемым после теплой ванны; при этом объективно констатируются изменения лейкоцитарной формулы и содержания сахара в крови (Marchand, 1956, 1963; М. Н. Валуева, 1967; А. С. Ромен, 1970).

Шестое упражнение имеет целью вызывать ощущение прохлады в области лба и висков и направлено на предотвращение и ослабление сосудистых головных болей. Мысленное повторение соответствующей формулы самовнушения, как полагает Шульц, вызывает представление легкого прохладного ветерка, овеивающего лоб и виски. При возникновении такого ощущения упражнение считается выполненным. Luthe (1969, 1970) советует реализовать шестое стандартное упражнение представлением ощущения холодного компресса на лбу у человека, находящегося в теплой ванне. Пролонгированное ощущение такого температурного контраста, по данным автора, субъективно приятно и оказывает устойчивый седативный эффект на повышенно активных и беспokoйных пациентов.

Практическое освоение стандартных упражнений по Шульцу. Вначале должны быть изучены исходные положения, в которых больной проводит тренировку. В утренние (сразу после ночного сна) и в вечерние часы (перед сном) упражнения проводят в исходном положении лежа. Больной удобно лежит на спине, подложив под голову невысокую подушку. Глаза закрыты. Руки слегка согнуты в локтевых суставах и помещены вдоль тела ладонями вниз, ноги несколько отведены друг от друга и слегка ротированы наружу. В дневные часы, если нет условий для того, чтобы прилечь, используется «поза кучера». При этом, сидя на стуле, необходимо слегка наклонить вперед туловище и голову (позвоночник расслабленно держится на связках), закрыть глаза, удобно расставить и расположить на полных подошвах ноги, а руки спокойно положить на передние поверхности бедер. В дневные часы упражнения могут проводиться также и в кресле (полулежа) (рис. 13).

Занимая одно из исходных положений, обращают внимание на то, чтобы оно было максимально удобным и не вызывало бы ненуж-

ного, пусть даже минимального, напряжения мышц. Желательно также устранение мешающих сосредоточению внешних раздражений, таких, например, как застегнутый воротник или туго затянутый брючный ремень и т. п.

Заняв исходное положение, закрывают глаза и мысленно однотонно произносят: «Я совершенно спокоен». Потом медленно со спокойной концентрацией внимания 5—6 раз подряд мысленно представляют себе: «Моя правая рука очень тяжелая».



Рис. 13. Положение полулежаче в кресле. Контроль руководителя занятий за положением больных во время общей релаксации.

Формула повторяется, сопровождая фазу выдоха. Необходимо много раз представить себе, что сказанное действительно имеет место. Расслабление мышц правой руки субъективно воспринимается как ощущение тяжести. При систематической тренировке чувство тяжести, принимая генерализованный характер, начинает появляться в левой руке и ногах. Способность быстро и легко достигать чувства тяжести во всем теле служит критерием для перехода к выполнению второго упражнения. С целью ускорения генерализации ощущений можно строить формулы для каждой конечности в отдельности. У левши надо начинать упражнения с левой руки. Упражнение перед выходом из самопогружения заканчивается настойчивым мысленным представлением: «Я совершенно спокоен и расслаблен».

Говоря о концентрации внимания на формуле «тяжести» (равно как и на формулах других пяти упражнений), Шульц постоянно подчеркивает, что

это должна быть спокойная «пассивная» концентрация внимания, лишенная эмоционально воздействующей окраски.

Весь курс аутогенной тренировки I по Шульцу длится около 12 недель при еженедельных занятиях гетеротренинга. Автор полагает, что в результате такой тренировки наступает «выравнивание функций нервной системы», так как аутотренинг «амортизирует аффективный резонанс» и оказывает смягчающее влияние на аффективность; путем аутотренинга можно добиться такого успокоения, при котором болезненная симптоматика ослабевает или даже полностью исчезает.

Шульц считает аутотренинг наиболее эффективным при различных спазматических явлениях, при состояниях беспокойства и тревоги. Кроме того, он полагает, что каждое из упражнений предложенной им схемы действует избирательно на различные болезненные симптомы (Schultz a. Luthe, 1959).

Первое упражнение, направленное на регуляцию тонуса поперечнополосатой мускулатуры, приводит к общей транквилизации и устранению расстройства сна; *второе* — тренирующее сосудистый тонус — выравнивает артериальное давление, способствует устранению неврогенных заболеваний периферических сосудов. Систематическое применение *третьего* упражнения устраняет стенокардитические приступы даже, как полагает автор, при органических изменениях коронарных сосудов, так как улучшает кровоснабжение миокарда. *Четвертое* упражнение способствует устранению неврогенных расстройств дыхания и, улучшая кислородный обмен, действует общеоздоровляюще. *Пятое* упражнение, направленное на солнечное сплетение, способствует ликвидации желудочно-кишечных расстройств, в особенности дискinezий. Применение *шестого* упражнения купирует сосудистые головные боли, а с мысленным распространением чувства прохлады на корень носа и окружность глазниц — приводит к предотвращению астматических и мигренозных приступов (Schultz, 1929; Müller-Hegemann, 1956a).

Приведенное объяснение действия отдельных упражнений определяет систему показаний к аутогенной тренировке I по Шульцу. По его мнению, противопоказаний аутотренинг не имеет, помогая при одних заболеваниях больше, при других меньше, т. е. являясь в разных случаях более или менее показанным, но никогда не противопоказанным абсолютно (Schultz, 1960). С такой точкой зрения трудно согласиться. Н. В. Иванов (1954, 1960, 1962) неоднократно справедливо указывал на то, что в практике зарубежной психотерапии каждое новое направление претендует на монопольное положение «универсального» метода и стремится «вытеснить» предшествующие методики. Эту ошибку повторили Шульц и его школа, игнорируя идею комплексной и единой системы психотерапии, которая использовала бы различные методики в зависимости от клинических показаний и этапов лечения конкретного больного.

Тем не менее, аутогенная тренировка по Шульцу явилась несомненным шагом вперед, так как значительно расширила лечебные возможности психотерапии удачным сочетанием элементов самовнушения с принципом тренировки, продуманными приемами, обучающими саморегуляции. Импонирует она и предельно конкретной техникой, доступной большинству больных. Шульц создал методику, воспитывающую в больных самостоятельность, чувство ответственности за результаты лечения, сохраняющую их инициативу. Сейчас трудно согласиться с оценкой, которую дал аутогенной тренировке П. М. Зиновьев в 1934 г.: «Техника Шульца носит в себе явные следы квиетистских и мистических тенденций необуддизма, из которого она в основном и заимствована, и не может найти значительного применения в советской психотерапии». Современные советские исследователи видят недостатки методики и уязвимость теоретических построений ее автора в другом — в эклектичности, неубедительной физиологической аргументации, увлечении бихевиористскими и психосоматическими концепциями (Н. В. Иванов, 1962; А. Н. Шогам и К. И. Мирровский, 1964; М. С. Лебединский, 1971).

Как следствие этого — техника аутогенной тренировки, предложенная Шульцем, не использует всех терапевтических возможностей, потенциально заложенных в этом перспективном методе (Г. С. Беляев, 1971). Поэтому за 40 лет, прошедших со времени опубликования первого издания монографии Шульца по аутогенной тренировке (1932), было предпринято много попыток модифицировать предложенную им технику, либо специализировать ее для лечения отдельных форм заболеваний или синдромов, либо добиваясь ее широкой универсализации.

Мы рассмотрим некоторые основные модификации, предложенные за эти годы различными авторами.

НАПРАВЛЕННАЯ ОРГАНОТРЕНИРОВКА

Kleinsorge, изучая кортико-висцеральные корреляции и влияние условных рефлексов на вегетативную нервную систему, пришел к мысли о возможности аутогенной тренировки, «нацеленной» на функциональные нарушения деятельности отдельных органов и систем (1954). Совместно с Klumbies (1959, 1962, русск. пер., 1965) он разработал технику такой тренировки, которая была названа «направленной тренировкой органов» («gezieltes Organentraining»). Такая «направленная органотренировка», по мнению авторов, является не модификацией, а дальнейшим развитием аутогенной тренировки (ее «третьим классом»). Под «первым классом» аутогенной тренировки авторы понимают период индивидуальной психотерапевтической работы и подготовительный период, предшествующий собственно аутогенной тренировке, под «вторым классом» — групповую аутогенную тренировку.

После завершения сокращенного общего курса аутогенной тренировки авторы рекомендуют разделить группу тренирующихся на меньшие, специализированные по отдельным синдромам. Это, по их мнению, необходимо для более углубленной и дифференцированной тренировки при так называемых системных неврозах и заболеваниях кортико-висцерального круга. В каждой из таких групп проводится курс специализированных упражнений, направленных на устранение локальных жалоб. Эти упражнения представляют собой в основном классические упражнения первой ступени аутогенной тренировки, соответствующим образом расширенные и дополненные (Kleinsorge, 1968).

При направленной органотренировке комплектуются следующие группы:

Группа «голова». Показания: вазомоторные головные боли, мигренозный синдром и синдром Меньера, расстройства активного внимания. Специальная тренировка после завершения общего курса первой ступени аутогенной тренировки состоит в акцентуации шестого упражнения первой ступени аутогенной тренировки («лоб приятно прохладен, голова ясная, свободная, свежая», «она может сосредоточиться на любой мысли» и т. п.). При выполнении этого

упражнения иногда наступает усиление головных болей (примерно в 10% случаев), что обусловлено чрезмерным сужением кровеносных сосудов. Авторы рекомендуют в этом случае представление чувства тепла в области верхней части лица и лба или «зеркального» температурного контраста (ощущения человека, сидящего в прохладной ванне с теплым компрессом на лице).

Группа *«сердце»*. Показания: все формы стенокардии, кардиалгический синдром, нарушение ритма сердечных сокращений. На основе второго и третьего упражнений первой ступени аутогенной тренировки усиливается тепло в левой руке. Расширение кожных сосудов левой руки рефлекторно расширяет венечные сосуды, на чем и основано терапевтическое действие упражнения; авторы описывают при этом нормализацию ЭКГ. Рекомендуемые формулы самоприказа: «сердце бьется спокойно и мощно», «левая рука тяжелая и горячая». Нормализация сердечной деятельности наступает, по мнению авторов, и при достижении душевного равновесия. С целью вызвать такое эмоциональное выравнивание авторы рекомендуют тренирующимся мысленно формулировать описания картин природы.

Группа *«живот»*. Показания: болезненные состояния, вызванные спазмом мускулатуры органов брюшной полости, гастралгия, дискинезия желчных путей, слизистый и язвенный колит. При упражнениях в этой группе следует добиваться чувства расслабляющего тепла в брюшной полости. Для этого рекомендуются представления соответствующих ощущений, подкрепленные самоприказом: «Приятное тепло струится в моем животе». Авторы рекомендуют также адресовать подобный самоприказ не только брюшной полости «в общем», но и при необходимости — отдельным органам: желудку, желчному пузырю и т. п. Формулировка Шульца — «солнечное сплетение излучает тепло» — не применяется как трудная для представления и необоснованная физиологически.

При выполнении упражнений этой группы широко привлекаются образные представления, т. е. используются приемы сенсорной репродукции. В частности, при спастических запорах рекомендуется репродуцировать ощущения, испытываемые обычно при нормальной работе кишечника и при акте дефекации.

Группа *«сосуды»*. Показания: нарушения периферического кровообращения, нарушения регуляции кровообращения, гипертоническая болезнь в неврогенной стадии. Конкретные упражнения построены на развитии первых двух упражнений классической методики первой ступени аутогенной тренировки. Наряду с представлением общего и местного тепла большое значение придается формулам общего спокойствия. Привлекаются некоторые упражнения из комплекса последовательной релаксации. Гипотонические нарушения кровообращения авторы считают противопоказанными для аутогенной тренировки.

Группа *«легкие»*. Показания: разного рода психогенные диспноэ, бронхиальная астма (вне приступов), начальные степени эмфиземы. Группа тренируется лежа, по возможности — при открытых окнах.

Вводится формула — «Мне дышится совсем легко». Применяется ритмичное дыхание под мысленный счет. Во время дыхательной гимнастики мышечное расслабление синхронно со свободным выдохом. Авторы предупреждают, что в этой группе следует опасаться отрицательной взаимоиндукции больных и не допускать к групповым занятиям больных в момент острых расстройств дыхания.

Группа «покой». Показания: нарушения сна и эмоциональные нарушения. Группа тренируется лежа. В этой группе авторы рекомендуют избегать формулировок, относящихся непосредственно к засыпанию и успокоению, как вызывающих негативизм. Специальные упражнения состоят из тренировки расслабления скелетной мускулатуры (частью заимствованных из комплекса последовательной релаксации) и в телесном покое. Транквилизация достигается также косвенно — вызыванием представлений, эмоционально приятно окрашенных (пейзажей и т. п.).

Технически «направленная тренировка органов» отличается от классической первой степени аутогенной тренировки более широким использованием сенсорной репродукции и образных представлений. В этом смысле она действительно является переходом от первой ступени аутогенной тренировки к высшей ступени аутогенной тренировки по Шульцу, так как использует некоторые приемы аутогенной тренировки высшей ступени. Удельный вес самоубеждения и образного мышления по сравнению с долей собственно самоуверения здесь выше, нежели в классической методике первой ступени аутогенной тренировки. Это особенно заметно в упражнениях группы «живот» и «покой».

Идеи Kleinsorge и Klumbies пытались развить А. Н. Шогам (1965) и К. И. Мировский (1965а) в своей «психотонической тренировке». Однако лечебное применение узко специализированной аутогенной тренировки в последние годы находят все меньше сторонников. В психотерапевтической практике оказалось неэффективным группировать больных по одинаковым синдромам (С. С. Либих, 1969).

Такая специализация аутогенной тренировки используется чаще при психопрофилактическом и профессиональном применении ауто-тренинга — при подготовке актеров (С. В. Гиппиус, 1967), спортсменов (А. В. Алексеев, 1967; Л. Д. Гиссен, 1968), в военно-врачебной практике (В. Л. Марищук и соавт., 1967; В. С. Лобзин и Ю. М. Кулагин, 1968).

Специализация групп признается нерациональной даже при лечении таких расстройств, как психогенные сексопатологические заболевания (Г. С. Беляев, 1969; И. А. Копылова, 1969). Помимо того, что в специализированных группах утрачивается ряд существенных преимуществ коллективной психотерапии (например, положительная взаимоиндукция больных), применение курса «направленной органотренировки» существенно (более чем вдвое) удлиняет время лечения.

НЕКОТОРЫЕ МОДИФИКАЦИИ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Для лучшей ориентации в различных вариантах аутогенной тренировки и практическом ее применении следует остановиться на некоторых наиболее распространенных модификациях ее.

Модификация А. М. Свядоша и А. С. Ромена. Первой методической публикацией по аутогенной тренировке в отечественной литературе было методическое письмо А. М. Свядоша и А. С. Ромена (1966) «Применение аутогенной тренировки в психотерапевтической практике. (Техника самовнушения)». Описываемое авторами построение занятий близко к методике Шульца. Авторы не считают эффективными распространенные «описывающие» формулировки самоприказа, рекомендуемые Kleinsorge и Klumbies (1965), предпочитая краткие, императивные, без их логической мотивации. Для сокращения курса аутотренинга тренирующимся предлагаются преобразительные упражнения в регуляции мышечного тонуса, разучиваемые до начала гетеротренинга. Основой аутогенной тренировки авторы полагают самовнушение, что подчеркивается и в заголовке публикации, а сама методика именуется «активным самовнушением» (А. С. Ромен, 1967а). Состояние аутогенного погружения расценивается ими как аутогипнотическое (А. М. Свядош, 1961).

Если гетеротренинг строится авторами преимущественно на императивных бездоказательных утверждениях врача, повторяемых тренирующимися, то самостоятельная тренировка больных предполагает в качестве реализующего приема внутреннюю речь также без мотивации и без попыток активного воспроизведения чувственных образов. В результате самовнушения, производимого по этой методике, возникают, как констатируют авторы, явления, присущие самогипнозу, в том числе и глубоким гипноидным фазам: анестезия, каталептическое состояние. ЭЭГ в этих случаях характерна для гипноидных фазовых состояний (О. П. Барановская, А. С. Ромен и А. М. Свядош, 1961). Общее направление методического письма — скорее изучение возможностей самогипноза у здоровых испытуемых, нежели определение терапевтического эффекта методики. Умение вызывать у себя каталептический мост, восковидную гибкость, прокалывать кисть иглой, не ощущая при этом боли, и т. п. не вызывается лечебной необходимостью. Следует подчеркнуть, что экспериментальный материал получен в основном не в клинике, а на здоровых испытуемых-добровольцах.

При выполнении упражнений А. М. Свядош и А. С. Ромен рекомендуют некоторые изменения классической техники. Так, перед выполнением третьего стандартного упражнения (сердце) они обучают больных мысленно считать пульс или сердцебиения. Само упражнение выполняется лежа, пальцы правой руки прикладываются к левой лучевой артерии или области сердца. Вначале вызывается ощущение тяжести и тепла, а затем переходят к мысленному пяти-шестикратному повторению формулы самовнушения:

«Сердце бьется спокойно и ровно», один-два раза повторяя: «я совершенно спокоен». Самоконтроль пульса служит обратной связью. Авторы считают, что упражнение в такой модификации обучает произвольно менять ритм сердечной деятельности, и не отмечают при этом ипохондрических и иатрогенных осложнений (А. С. Ромен, 1963). По нашим данным, подобная фиксация на состоянии сердечно-сосудистой деятельности нередко усиливала ипохондрическую настроенность больных и влекла за собой отсев из группы. Особенно нецелесообразно ставить это упражнение на одно из первых мест в порядке разучивания упражнений. По-видимому, следует учитывать большое число больных с кардиофобическим синдромом и то, что в стационарных условиях приходится начинать аутотренинг в относительно более «остром» периоде болезни (что диктуется сроком пребывания больного в стационаре). Применение же предложенного авторами приема на последующих этапах тренировки, особенно в период индивидуальной «органотренировки», после окончания общего курса является и по нашим наблюдениям весьма эффективным.

Описывая технику проведения занятий, авторы рекомендуют заранее сообщать больному о желательном терапевтическом эффекте того или иного упражнения. Это вряд ли целесообразно по следующим причинам: внушение врача без самовоздействия, до приобретения навыков в саморегуляции снижает терапевтическое и активирующее воздействие приема, а нередко даже повышает «внутреннее сопротивление», недоверие больного, в особенности если ожидаемый эффект не наступает быстро, как рассчитывает больной.

Предложение комплектовать группы по однотипным показаниям — по синдрому или преобладанию «невроза» того или иного органа — также вызывает возражения, так как подобный однотипный состав тренирующихся понижает эффект групповой терапии и часто приводит к эгротогении (С. С. Либих, 1966). Следует отметить, что авторы рассматриваемой методики аутогенной тренировки переоценивают роль аутосуггестии; любое психическое самовоздействие они приравнивают к самовнушению (А. С. Ромен, 1970). В цитируемой работе предлагается, с одной стороны, «отграничить самовнушение от смежных понятий», а с другой — даже самонаблюдение приравнивается к самовнушению.

Уделяя в технике аутогенной тренировки основное внимание немотивированному вербальному самоприказу тренирующегося, т. е. самовнушению в чистом виде, авторы возражают против «образной развертки» словесных формул. Так, А. С. Ромен (1970), полагая, что «здоровое воображение может быть только у здоровых людей», не рекомендует «провоцировать» сенсорную репродукцию невротиков во избежание отрицательного самовнушения и ипохондрической фиксации. Однако в той же работе А. С. Ромен оценивает вызывание сенсорных (в частности, визуальных) следовых образов как мощный лечебный фактор, в особенности при конструировании упражнений второй ступени, основой которых является визуализация представлений.

Несмотря на ряд спорных моментов, главным образом обусловленных еще не совершенным состоянием впервые примененного метода, данная работа содержит много интересных указаний, сообщений и ссылок на литературу, которые не отмечаются в некоторых даже более поздних публикациях по этому вопросу.

Интересны наблюдения по восприятию речи во время сна. Аутогенное «погружение» рассматривается как особое состояние, промежуточное между сном и бодрствованием, при котором словесный раздражитель имеет особенно большую силу воздействия, что неоднократно подтверждалось нашими наблюдениями.

Отмечается значение аутогенной тренировки при «никотинизме», однако одна формула, введенная в курс занятий — «папиросы безразличны», вряд ли может быть достаточной. Никотин, как и алкоголь, вызывает привыкание организма со сложной перестройкой обменных процессов, и воздействия на одно субъективное ощущение влечения недостаточно. В примерах, приведенных авторами, очевидно, играет роль прямая суггестия, «гипнотический запрет», а не механизм самовоздействия в плане перестройки отдельных процессов организма. Такая техника самогипноза не отличается от техники гипнотического воздействия, и самогипноз, как всякий гипноз, примененный при хронически протекающих процессах, менее эффективен, чем активирующая регуляция. Сам же факт возможного воздействия на «никотинизм» интересен, но, очевидно, требует более расширенных формулировок с «обходным воздействием» на работу систем.

Весьма ценна ссылка на литературные данные о возможности лечения аутогенной тренировкой дисменореи, нейродермитов и обменных нарушений. Эта точка зрения полностью разделяется нами. Следует только сожалеть, что другие авторы эти формы заболеваний считают некурабельными приемами аутогенной тренировки.

Интересны наблюдения авторов по визуализации представлений, скорости восприятия и изменения во времени слуховых образов. Яркая визуализация считается не имеющей терапевтического значения. Однако далее указывается на терапевтическое значение умения вызывать образные представления, например травмирующей ситуации, сопровождаемая их самовнушением нужного самочувствия. В дальнейших работах сами авторы вернулись к этим наблюдениям, считая визуальные представления мощным фактором в лечебном воздействии, о чем свидетельствуют последние работы А. С. Романа, который в числе немногих других отечественных авторов работает над созданием второй ступени аутогенной тренировки, основой которой и являются визуальные представления.

Авторы предлагают сопровождать представления травмирующей ситуации «самовнушением спокойствия», что, по нашему мнению, неправильно методически. Необходимо не внушение спокойствия, которое не может возникнуть при актуальном для больного переживании, а умение вызывать у себя физические ощущения, влекущие за собой эмоции покоя определенными приемами аутогенной тренировки.

Ценны наблюдения авторов о лечении фобий приемами аутогенной тренировки. Ими отмечено, что уже одно снятие напряжения, всегда сопутствующего страху, дает значительный эффект. Самовнушение «безразличия» к навязчивым ритуалам и действиям является спорным (как и спокойствие по поводу травмирующей ситуации). Механизмы ритуалов крайне сложны и стойки, по наблюдению многих авторов. Психотерапевтическое лечение их должно быть более глубоким, нежели простое немотивированное отрицание.

Рассматривая терапевтические возможности аутогенной тренировки, авторы считают, что аутотренинг не имеет противопоказаний. С этим трудно согласиться, хотя противопоказания к аутогенной тренировке действительно многочисленны. Надо учитывать также, что снижение ощущения боли хорошо тренированным человеком может способствовать при некоторых заболеваниях недооценке состояния больного им самим и врачами.

Метод аутогенной тренировки в модификации А. М. Свядоща и А. С. Ромена использует главным образом приемы суггестии, оставляя в стороне тренирующие и активизирующие приемы и их возможности.

Модификация К. И. Мировского и А. Н. Шогама (1965). Физиологический эффект аутогенной тренировки усматривается в психогенном самовоздействии на аппараты тонуса: нервного, мышечного и сосудистого. На этом основании авторы предлагают для своей модификации название «психотоническая тренировка». По технике применения их модификация близка к «направленной органотренировке» по Клейнзорге и Клюббиесу (1965). Исходя из «психотонической» концепции, авторы придают наибольшее значение приемам регуляции тонуса и с этой целью используют как оригинальные, так и заимствованные приемы (Jacobson, 1938). Им удалось разработать также приемы, не только снижающие, но и повышающие тонус, т. е. наряду с транквилизирующими («ваготоническими») упражнениями и мобилизующие («симпатикомиметические») (К. И. Мировский, 1965). На этом основании они смогли добиться дальнейшего расширения медицинских показаний к аутогенной тренировке, исключив из числа противопоказаний болезненные состояния, обусловленные артериальной гипотонией и астеническими состояниями.

Предлагая специализировать технику аутотренинга по ведущим синдромам и с этой целью комплектовать специализированные группы, авторы, тем не менее, считают приемы релаксации обязательными на первых этапах во всех группах как фон для седативного эффекта тренировки.

В последующем в группах, дифференцированных по отдельным синдромам, применяются специальные симптоматические упражнения, в основном заимствованные у Клейнзорге и Клюббиеса (1965). Новыми в этой модификации являются «астено-гипотоническая группа», комплектуемая для лечения гипотонических состояний, группа логоневрозов и группа «системных нарушений функций

мочевого пузыря с частыми болезненными позывами на мочеиспускание».

Тренировка в «астено-гипотонической группе» начинается со специализированных мобилизующих упражнений, минуя общую тренировку (мышечная релаксация), поскольку снижение артериального давления, неизбежное в общем курсе аутотренинга, противопоказано при выраженной гипотонии. Формулы самоприказа в этой группе имитируют выраженные симпатико-миметические сдвиги (познабливание и мышечную активность). Тренировка заканчивается энергичной мускульной самомобилизацией:

Я совершенно спокоен.
Все мое тело расслаблено и спокойно.
Ничто не отвлекает.
Все безразлично мне.
Я чувствую внутреннее успокоение.
Плечи и спине обдаёт легкое познабливание.
Будто приятный освежающий душ.
Все мышцы становятся упругими.
По телу пробегают «мурашки».
Я — как сжатая пружина.
Все готово к броску.
Весь напряжен.
Внимание!
Встать! Толчок!

По данным К. И. Мировского (1965а), часто уже после первого занятия удается повысить артериальное давление с 60/45—70/50 до 110/70—130/80.

В *группе логоневрозов* рекомендуется тренировка не только лежа и сидя, но и стоя, а при хорошей тренированности — и во время ходьбы, с открытыми глазами. После усвоения общих упражнений рекомендуются следующие формулы (К. И. Мировский, 1965а):

Мышцы лица расслаблены.
Челюсть вяло отвисает.
Язык расслаблен и тяжел.
Дышится свободно и легко.
Без напряжения, непринужденно.
Я спокоен, весь расслаблен.
В любой обстановке я спокоен и расслаблен.
В любом настроении моя речь свободная и плавная.
Мои действия всегда спокойны и размеренны.
В любой обстановке меня сопровождают хладнокровие и непринужденность.
Никакого напряжения.
Речь льется сама по себе.
Мне легко не думать о речи.
Она плавная, свободная, четкая.
Льется сама по себе.
Произвольно и спокойно.

По нашему мнению, создание специализированной группы для лечения логоневрозов в таком виде вряд ли правильно, так как невротические расстройства речи требуют более разностороннего

комплексного воздействия психотерапевта. Предлагаемые формулы носят слишком общий характер, их трудно представить.

В последующем аутогенная тренировка при лечении логоневрозов была несколько пересмотрена и включена в комплексную систему психотерапии (Н. П. Миrowsкая, 1968). Полезен также вариант, предлагаемый А. А. Мажбицем (1965).

Группа *«системных нарушений функций мочевого пузыря»* (цисталгий) тренируется обязательно в теплом помещении в положении полулежача (в мягком кресле или шезлонге). Органотренировка проводится после усвоения общего курса. Рекомендуются следующие формулы:

Приятное тепло внизу живота.
Я чувствую это тепло все яснее.
Тепло нарастает волнами.
Приятное тепло над лобком и в промежности.
Приятное и расслабляющее.
Позыв слабеет.
Неприятные ощущения становятся терпимыми.
Они растворяются в тепле и расслаблении.
Позыв прекращается без участия воли.
Мне легче сдерживать позыв.
Внизу живота тепло и расслабление.

Вызывает сомнение правомерность выделения цисталгий в особую группу. Следуя этому принципу, можно было бы бесконечно дробить группы тренирующихся по отдельным сравнительно мелким синдромам. Кроме того, сами формулы недостаточно обоснованы психологически, так как неоднократное упоминание о болезненных ощущениях способно вызвать ипохондрическую фиксацию у больных.

В группе *«патология сна»* рекомендуется сочетать словесные формулировки и образные представления с транквилизирующим ритмичным дыханием. Следует тщательно избегать упоминаний о засыпании, так как они вызывают невольную отрицательную реакцию. Предлагается использовать приемы отвлечения, общего успокоения. Энергичные команды в конце занятия опускаются как возбуждающие. К. И. Миrowsкий (1969) справедливо считает, что транквилизирующие приемы аутотренинга не являются непосредственно «снотворными», но устраняют препятствия к засыпанию, т. е. создают, по выражению автора, «своеобразный протез сна».

В группе *«боли в животе»* авторы предлагают проводить активное брюшное (диафрагмальное) дыхание, являющееся как транквилизирующим приемом, так и выполняющим функцию самомассажа брюшной полости.

В модификации К. И. Миrowsкого и А. Н. Шогамы самовнушение не играет такой роли, как у Шульца, А. М. Свядоша и А. С. Ромена. Формулы, предлагаемые авторами, предполагают элемент «образной развертки». Однако этому противоречит требование авторов о том, что формулировки должны быть настолько простыми, чтобы не нуждаться в обдумывании. Это требование спорно, в особенности для высших ступеней тренировки, где яркие образ-

ные представления являются основой всех методических приемов.

Некоторые частные наблюдения авторов представляют несомненный практический интерес. Отмечается взаимно усиливающее действие аутогенной тренировки и малых доз инсулина. Приводятся наблюдения, касающиеся сочетания аутотренинга с нейролептиками: «большие» транквилизаторы типа аминазина снижают эффект тренировки, так как препятствуют концентрации внимания, тогда как «малые» транквилизаторы (элениум и т. п.) хорошо комбинируются с аутогенной тренировкой; антидепрессанты повышают эффект тренировок. Комбинацией аутотренинга с гипнозом авторы добиваются ускоренного усвоения упражнений. Предлагаемое авторами вслед за Клейнзорге и Ключбиесом (1965) применение музыкального сопровождения занятий несомненно помогает создавать нужный эмоциональный фон. Использование магнитофонных записей для дублирования занятий позволяет сократить время курса аутотренинга и особенно необходимо в амбулаторной практике.

Особенностью модификации К. И. Мировского и А. И. Шогама является введение в комплекс аутотренинга не только ваготонических (релаксирующих) приемов, но и мобилизующих, активирующих упражнений, вызывающих симпатикомиметические сдвиги. Они используются также авторами некоторых специализированных модификаций аутогенной тренировки, в частности А. В. Алексеевым (1968, 1969) и Л. Д. Гиссеном (1969), предложившими «психорегулирующую тренировку» для психологической подготовки спортсменов.

Модификация М. С. Лебединского и Т. Л. Бортник (1965) представляет собой комбинацию ауто- и гетеросуггестии, что считается ими основой аутогенной тренировки. Словесные формулировки упражнений построены императивно. Значительная доля суггестии и вербального приказа (самоприказа) оставляет сравнительно мало места для инициативы самих больных. Но важнейшей особенностью этой модификации является включение в психотерапевтический комплекс функциональной тренировки и применение на практике достигнутых в результате занятий успехов уже на ранних этапах тренировки (например, расслабляться при вспышке раздражения). Такое построение психотерапевтического комплекса расширяет активирующие возможности самой методики, повышает эффективность (уверенность больных в своих возможностях) и позволяет сократить время, необходимое для прохождения лечебного курса. Курс аутогенной тренировки в этой модификации занимает в стационарных условиях около 20 дней при ежедневном гетеротренинге по 20—25 мин.

Формула, адресованная сердечной деятельности, не применяется как провоцирующая, по мнению авторов, коронарораспизм. Введена «расширенная формула спокойствия», не утверждающая «я спокоен», а описывающая ощущения, сопутствующие нормализации вегетативно-сосудистых реакций: пульса, дыхания и др.

Этой расширенной формуле спокойствия придается большое значение, и она предлагается перед каждым упражнением и многократно повторяется в течение занятия. По наблюдению авторов, таким образом удается преодолеть внутреннее напряжение еще до наступления эффекта мышечной релаксации. Для успешной реализации ощущения тепла в области солнечного сплетения больному предлагается предварительно проглотить слюну, а затем представить себе ощущение разливающегося в области пищевода и желудка тепла при прохождении по ним слюны.

Некоторая императивность самоприказов дает очень высокий эффект при проведении ее высокоавторитетным врачом, чье влияние на больного определено еще до непосредственного контакта. При массовом применении этих же формулировок «рядовыми» врачами эффект снижается. В целом активизирующие приемы комплексного психотерапевтического применения этого метода делают его, несомненно, ценным и эффективным.

В своей монографии Г. В. Зеневич и С. С. Либих (*«Психотерапия алкоголизма»*, 1965) рекомендуют аутогенную тренировку и ее отдельные приемы для включения в комплексную терапию алкоголизма. Отмечая положительные стороны аутогенной тренировки как групповой методики и оценивая механизмы действия аутотренинга, авторы подчеркивают различное психотерапевтическое и психологическое содержание понятий самовнушения и самоубеждения (самовоспитания), считая последнее носителем активирующего начала в комплексном воздействии аутогенной тренировки. Г. В. Зеневич и С. С. Либих отмечают эффективность применения аутогенной тренировки в комплексном лечении алкоголизма. Самовоспитание является особенно ценным, так как помогает заполнить «психологический вакуум» у абстинентов при лечении алкоголизма. В комплексном лечении алкоголизма предлагается, наряду с элементами аутогенной тренировки, проведение полного курса «классическими» приемами. Упражнения аутогенной тренировки рассматриваются авторами как приемы саморегуляции. Подчеркивается активное участие больного при этом методе.

Г. В. Зеневич и С. С. Либих пишут о возможности ускоренного курса для лечения алкоголизма, без соответствующей модификации упражнений, что по данным ряда других авторов не является целесообразным, так как не дает достаточно стойких результатов. Применение аутогенной тренировки в комплексном лечении алкоголизма как хронически протекающего заболевания, требующего активного участия больного, несомненно ценно, но требует дальнейшей разработки и адаптирования методики.

О возможности применения приемов аутогенной тренировки в комплексном лечении различных заболеваний говорится в методическом письме, составленном С. С. Либихом (1967) *«Коллективная психотерапия в стационарных и амбулаторных условиях»*. Аутогенная тренировка в нем оценивается как групповая методика, подчеркивается положительный эффект этой стороны ауто-

генной тренировки. Указывается на возможность сочетания представлений с реальными ощущениями на первых этапах тренировки. Отмечаются два аспекта применения аутогенной тренировки: как собственно курсового метода лечения и как элемента в схемах и приемах других методов. Подчеркивается значение аутогенной тренировки как активирующей терапии.

Модификация Д. Мюллер-Хегеманна (1961). Существенным условием для успешной аутогенной тренировки признается отбор пациентов не только по медицинским, но и по психологическим показаниям. Направляемый в группу аутотренинга должен обладать некоторым интеллектуальным минимумом, волей к здоровью и желанием сотрудничать с врачом. Объективного определения уровня этих качеств автор не дает, однако указывает, что больной должен быть в состоянии сознательно поставить себе цель тренировки и понимать ее смысл. Чем сложнее предлагаемые больному упражнения, тем выше этот «интеллектуальный порог».

По мнению автора, излишний дидактизм руководителя тренировок и императивные формулировки вызывают негативизм тем скорее, чем выше интеллектуальный уровень больных. Поэтому он рекомендует смягчать формулировки, излагая их не в виде самоприказов, а в виде самопожеланий: вместо приказа «я совершенно спокоен» должно быть — «пусть я стану совершенно спокойным». Автор обращает внимание на то, чтобы словесные формулировки повторялись без изменений, теми же словами. По его мнению, такая «стереотипность» наилучшим образом «проторяет путь» условнорефлекторным связям.

Внесенные им (1956а) изменения в выполнение некоторых приемов третьего упражнения классической схемы (сердце) следующие: выполняя это упражнение, больной должен представить себе свою левую руку наполняющейся струящимся теплом от пальцев левой кисти до плечевого сустава. В дальнейшем он «переливает» это «накопленное в левой руке тепло» в левую половину грудной клетки, ощущает его струящимся по сердцу и так добивается рефлекторного расширения коронарных сосудов. Шестое упражнение стандартной схемы — «прохлада в области лба», по Müller-Hegemann, начинается представлением тяжести нижней челюсти, затем вызывается чувство прохлады в области лба и висков и заканчивается представлением чувства приятного холода у корня носа и по ходу верхних дыхательных путей до надгортанника. При таком выполнении упражнения автор отмечает уменьшение набухания слизистой дыхательных путей. По его данным, шестое упражнение в такой модификации препятствует возникновению мигренозных приступов, а также может купировать начинающийся приступ и облегчить дыхание при вазомоторных ринитах, астматическом синдроме и неврогенном диспноэ. На основании работ Penfield и Boldrey (1937) особое значение в модификации шестого упражнения придается приемам, ведущим к снижению тонуса мимической и жевательной мускулатуры, имеющей обширное представительство в корковых структурах. Еще В. М. Бехтерев (1910),

говоря о биологическом значении эмоций и мимики, указывал на тесную связь эмоционального состояния с тонусом мимической мускулатуры. По мнению Müller-Hegemann, расслабление мимической мускулатуры по механизму обратной связи приводит к эмоциональному выравниванию, снижая кортикально-гипоталамическую активность. О том же писал П. К. Анохин еще в 1935 г.

При построении занятий Müller-Hegemann в значительно большей мере, чем Schultz, использует приемы самоубеждения и самовоспитания по сравнению с самовнушением, стимулирует образное мышление у тренирующихся за счет снижения удельного веса внутренней речи. Эта особенность техники является существенной, так как стимулирует активность больных и порождает у них ощущение «причастности» к психотерапевтическому процессу.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА В СПОРТЕ

Психорегулирующая тренировка (ПРТ), разработанная лабораторией психологии спорта ВНИИФК (А. В. Алексеев, 1968, 1969; Л. Д. Гиссен, 1969), предназначается для регуляции соматического и эмоционального состояния спортсменов, в частности для мобилизации перед соревнованиями и ликвидации «предстартовой лихорадки» и «предстартовой апатии», а также психологических последствий перетренированности.

Авторы исходят из положения о том, что при равенстве физической и технической подготовки спортсменов психическая готовность — решающий фактор победы в соревновании. ПРТ определяется как «постепенная материализация словесных формул самовнушения и связь обыкновенных слов с простыми, легко доступными физическими ощущениями». Методика может широко варьировать применительно к поставленной цели и личности тренирующегося, причем допускается самостоятельная замена отдельных формулировок.

В соответствии со взглядами К. И. Мировского и А. М. Шогама используется как «ваготоническое» действие одних приемов аутогенной тренировки, так и «симпатикомиметическое» действие других. Действие ПРТ обеспечивается 4 компонентами: 1) умением удерживать внимание на заданном объекте; 2) развитием способности ярко представлять содержание формулы самовнушения; 3) умением расслаблять мышцы, что снижает реактивность гипоталамической области и симпатического отдела нервной системы; 4) возможностью воздействовать на свое состояние словесными формулами при сниженном уровне бодрствования.

ПРТ проводится в 4 этапа: 1) обучение самоупокоению и самоконтролю; 2) обучение саморегуляции мышечного тонуса; 3) тренировка регуляции сосудистого тонуса; 4) самовоздействие на функции внутренних органов, главным образом — дыхания и сердечной деятельности. Разработано три варианта ПРТ: «мобилизующий» предназначается для преодоления предстартовой и пере-

тренировочной апатии; «успокаивающий» адресован состояниям «предстартовой лихорадки»; «усыпляющий» — применяется при перевозбуждении и в период подготовки к ответственным соревнованиям. «Мобилизующий» или «успокаивающий» эффект достигается изменением ритма дыхания, представлением «симпатикомиметических» или «ваготропных» ощущений, а также специализацией формул. Мобилизующие приемы выполняются только после общего успокоения и достижения аутогенного погружения.

Авторы придают важное значение регулированию мимики (около трети формул адресовано мышцам лица, так как, кроме воздействия на эмоциональное состояние, авторы ПРТ связывают с положением мышц лица еще и представление о своем «я»). Контроль за положением мышц лица, по их мнению, способствует сосредоточению на своем «я», отключению от посторонних воздействий.

Психорегулирующая тренировка рекомендуется авторами как привычная утренняя зарядка или «психологическая разминка».

Модификация О. А. Черниковой и О. В. Дашкевича (1967) также предназначена для психологической подготовки спортсменов. Она рассматривается как система психологических приемов, помогающих изменить тонус мышечной системы и динамику некоторых психических процессов, и предусматривает чередование транквилизирующих и активизирующих приемов. В основу метода кладется принцип тренировки нервных процессов, приводящих к «повышению способности саморегуляции», подчеркивается необходимость подкрепления волевого самоприказа образными представлениями; акцентируется необходимость «обходного пути» влияния на нейроизвольные функции организма. Одним из таких путей, наряду с представлениями, признается регулируемое дыхание (в связи с особенностями иннервации аппарата дыхания). Уделяется внимание контролю мимики и подчеркивается возможность таким образом влиять на эмоциональное состояние.

Вопросы тренировки свойств личности занимают видное место в работах спортивных психологов (А. Ц. Пуни, 1958; П. А. Рудик, 1962; К. П. Жаров, 1967). Эта проблема актуальна и для психотерапии, в частности для освоения аутогенной тренировки, так как волевые свойства обеспечивают способность субъекта сознательно регулировать свои действия. Волевые свойства упражняются путем решения задач нарастающей трудности, преднамеренным преодолением астенических и отрицательных эмоций самоприказом, самоободрением (или самопорицанием), учетом оценки окружающих, а также тренировкой в преодолении неожиданных ситуаций. Все эти элементы содержатся в приемах и технике аутогенной тренировки. Таким образом, она, несомненно, способствует тренировке и волевых свойств личности.

Значение спортивных вариантов аутотренинга для целей психотерапии и психогигиены определяется следующими моментами: эти модификации используют как успокаивающие, так и мобилизующие приемы; широко применяются приемы активного самовоздей-

ствия (самоубеждения, самовоспитания, самооценки); наряду с мысленной речью используются сенсорные и образные представления; широко применяется регуляция тонуса мимической мускулатуры для воздействия на эмоциональное состояние; включаются дыхательные упражнения в различном ритме для влияния на эмоциональную сферу. Техника аутогенной тренировки, обогащенная этими приемами, способствует улучшению вегетативной саморегуляции и тренировке высших психических функций — воображения,

ТАБЛИЦА 2

Модификации аутогенной тренировки

Автор и название	Низшие ступени АТ (АТ-1). Регуляция вегетативных функций			Высшие ступени АТ (АТ-2). Тренировка психических функций
	первый класс	второй класс	третий класс	
<i>И. Шульц.</i> Аутогенная тренировка	Индивидуальная психотерапевтическая подготовка. Вводная беседа в группе	ГТР — гетеро-аутосуггестия АТР — аутосуггестия (внутренняя речь)	—	АТ-2 — 6 упражнений; самовнушение, сенсорные представления, образное мышление
<i>Х. Кляйнзорге и Г. Кляубиес.</i> Саморасслабление	То же	ГТР, АТР — гетеро- и аутодидактика, внутренняя речь, образное мышление	Направленная органотренировка. Представление следовых образов, аутодидактика, аутосуггестия	Тренировка возбудительного и тормозного процессов в ходе упражнений АТ-1
<i>Д. Мюллер-Хегеманн.</i> Аутогенная тренировка	»	ГТР, АТР — представление следовых образов, внутренняя речь	—	То же
<i>А. М. Сядош и А. С. Ромен.</i> Активное самовнушение	»	ГТР — гетеросуггестия АТР — аутосуггестия (до аутогипноза)	—	—
<i>А. Н. Шогам и К. М. Миrowsкий.</i> Психотоническая тренировка.	»	ГТР, АТР — пантомимическая тренировка в группе и индивидуально (представление гаптических образов, воздействие на аппараты тонуса)	Специализированные группы, в том числе адреномиметическая; представление следовых образов, аутодидактика, аутосуггестия.	Тренировка возбудительного и тормозного процессов, упражнение воли и внимания приемами АТ-1
<i>Н. М. Перекрестов.</i> Нейрососудистая тренировка	»	ГТР, АТР — гетеро- и аутосуггестия (внутренняя речь)	Функциональная тренировка	—
<i>М. С. Лебединский и Т. Л. Бортник.</i> Аутогенная тренировка	»	ГТР, АТР — гетеро- и аутосуггестия (внутренняя речь, гаптические образы)	Успокаивающий вариант, мобилизирующий вариант; образное мышление, идеомоторные представления	Регуляция эмоционального состояния
<i>А. В. Алексеев и Л. Д. Гиссен.</i> Психорегулирующая тренировка	Подготовительная работа с тренером в группе и индивидуально	ГТР, АТР — регуляция мышечного тонуса (внутренняя речь, гаптические образы)	Успокаивающий вариант, мобилизирующий вариант; образное мышление, идеомоторные представления	образным мышлением и приемами аутодидактики
<i>О. А. Черникова и О. Дашкевич.</i> Аутогенная тренировка	То же	Транквилизирующие приемы посредством мышечной релаксации, успокаивающего дыхания, образного мышления. Приемы активации — идеомоторные представления, мобилизирующее дыхание, образное мышление. Регуляция эмоционального состояния дыхательной гимнастикой, сюжетным воображением; аутодидактика.		

воли, эмоциональной памяти и т. п. Таким образом, она содержит в себе элементы высших ступеней аутогенной тренировки.

Краткая сводка основных данных о различных вариантах аутогенной тренировки приводится в табл. 2.

МЕТОДИКИ, РОДСТВЕННЫЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКЕ

Аутогенная тренировка является лишь одной из многих психотерапевтических методик, использующих в лечебных целях принцип обучения и упражнения. Некоторые из таких методик имеют в наши дни лишь историческое значение, как, например, «рациональное воспитание воли» по Lévy (1898), «упражнения успокоения» по Hirschlaff (1919) или «школа самообладания путем сознательного самовнушения» по Э. Куэ (1928). Другие методики продолжают применяться в различных психотерапевтических системах. Поскольку эти методики используют приемы, включаемые и в технику аутогенной тренировки, их общий обзор представляет известный интерес.

Тренирующие и обучающие психотерапевтические методики можно разделить на три группы по их основным приемам:

- 1) методики, тренирующие регуляцию мышечного тонуса;
- 2) методики, тренирующие образное мышление;
- 3) методики, использующие вербальный самоприказ.

Наиболее известной из психотерапевтических методик первой группы является «последовательная» (*прогрессивная*) *релаксация* по Jacobson (1938). Согласно его исследованиям (1932, 1964), психическое возбуждение вызывает напряжение скелетной мускулатуры, что с помощью проприоцептивной сигнализации вторично усиливает эмоциональное напряжение. Эти наблюдения согласуются со взглядами В. М. Бехтерева, высказанными значительно ранее (1893, 1904, 1910). Еще И. М. Сеченов (1863) расценивал движение как конечное выражение всякого психического акта, а мысль — как рефлекс, заторможенный в своей двигательной части. Jacobson полагает, что каждому виду эмоционального возбуждения соответствует мышечное напряжение строго определенной локализации. На этом основании он считает, что снижение уровня проприоцептивной сигнализации должно способствовать не только телесному, но и психическому покою, нормализации вегетативных функций и механизмов сна. При неврастении, по его мнению, нарушена проприоцепция и извращено защитное чувство утомления. Для ограничения избыточного расхода энергии Jacobson (1938) предложил упражнения, тренирующие проприоцептивное чувство расслабления в определенной последовательности (отсюда и название методики «*progressive relaxation*», буквально, но не совсем удачно переведенное как «прогрессивная релаксация»).

Упражнения «последовательной релаксации» строятся по следующей принципиальной схеме: на первом этапе разучивается

и тренируется расслабление некоторых групп мышц, включая мышцы фонации; число отдельных упражнений этого этапа варьирует у различных авторов от 10 до 18 (di Pol, 1968). Каждое из упражнений выполняется в двух вариантах — вначале при помощи реального движения (поднятая напряженная рука падает при резком расслаблении мышц и т. п.), затем — без активных движений мышц, мысленно, путем воспоминания, переживания и стимуляции соответствующих ощущений (воспроизведения гаптических образов).

На втором этапе тренирующийся при помощи самонаблюдения должен установить, какие мышечные группы напрягаются у него при определенных отрицательных эмоциях. Напомним, что Jacobson считал мышечное напряжение определенной локализации строго специфичным для каждого вида эмоционального возбуждения (например, при страхе напрягаются мышцы затылка и фонации). Для того чтобы эта связь была достоверной, самонаблюдение должно проводиться тщательно и многократно.

На третьем этапе болевой совмещает навыки, полученные во время первого этапа тренировки с результатами самонаблюдения (2-й этап), и таким образом пытается добиться самоуспокоения. Испытывая, например, страх он не должен пытаться преодолеть его непосредственно, но, применяя приемы «дифференцированной релаксации», расслабить напряженную при этом группу мышц. Это, по мнению Jacobson, нейтрализует отрицательное эмоциональное состояние.

Методика «последовательной релаксации», по мнению автора, более всего эффективна при преодолении эмоционального напряжения и ликвидации вызываемых им вегетативных расстройств. По его данным, уже на первом этапе «последовательной релаксации», через 1,5—2 недели с момента начала лечения, удается добиться улучшения у 80% больных с расстройствами сна. Другие исследователи приводят более скромные результаты, однако, по общему мнению, техника «последовательной релаксации» позволяет добиваться устойчивого эмоционального выравнивания. Е. С. Авербух (1959), Н. В. Иванов (1960), С. С. Либих (1969) считают, что при помощи этой методики можно добиться симптоматической транквилизации; не приводя к глубокой перестройке личности, она подготавливает условия для такой перестройки с помощью других психотерапевтических приемов.

Опираясь на положительные стороны «последовательной релаксации», ряд авторов стремились усовершенствовать эту методику, расширив ее терапевтические возможности. В частности, Stokvis (1949) и его школа, Ajuagiaguerra и др. (1956), di Pol (1968) и др. стремятся добиться не столько эффекта мышечного расслабления, сколько произвольного «перераспределения» мышечного тонуса. Hollingworth (1939) рекомендует противопоставлять эмоциогенному напряжению одних мышечных групп произвольные (активные) движения других мышц, говоря в этом случае о «двигательном дренаже аффекта».

Многие авторы сближали аутогенную тренировку и «последовательную релаксацию», рассматривая их как варианты «лечения посредством деконтракции» (de Bousingen, 1962), однако сам Jacobson (1964) считал свою методику принципиально несовместимой с аутогенной тренировкой, так как словесный самоприказ и концентрация внимания, необходимые при аутогенной тренировке, препятствуют, по его мнению, транквилизирующему действию мышечного расслабления. Советские исследователи оценивают аутогенную тренировку и последовательную релаксацию как независимые, но не конкурирующие методики. Н. В. Иванов (1960) считает, что последовательная релаксация обучает больного лишь специфическому варианту мышечного расслабления, устраняющему отдельный болезненный симптом, в то время как аутотренинг тренирует больного, активизирует его. А. Н. Шогам (1968) предлагает разграничить понятия «релаксация» (переход от нормотонии к гипотонии) и «деконтракция» (переход от гипертонии к нормотонии); по его мнению, релаксация лежит в основе низших ступеней аутогенной тренировки, а деконтракция — отправной пункт «последовательной релаксации» и сходных с ней методик. С. С. Либих (1967а), подчеркивая различие между аутогенной тренировкой и последовательной релаксацией, считает, что эти методики не исключают одна другую, а допускают комплексное их применение. Почти все модификации аутогенной тренировки используют элементы и отдельные упражнения последовательной релаксации.

В качестве примера методики, тренирующей образное мышление, можно упомянуть «*имаготерапию*» (И. Е. Вольперт, 1968). При этой методике больной с помощью психотерапевта в ходе индивидуальной психотерапевтической работы уясняет себе суть психотравмирующей ситуации и свои личностные особенности, вызвавшие, поддерживающие и мешающие преодолеть конфликт. На основе анализа этих личностных особенностей больной определяет свойства характера, необходимые ему для успешного преодоления психогении. На этом основании конструируется «личность-образец» (чаще всего литературный герой), которой следует подражать. Далее, уже в лечебной группе разыгрываются драматизированные отрывки или импровизированные сценки, в которых каждый больной исполняет роль «своего» героя. Таким образом, больной, вживаясь в изображаемый им образ, тренирует нужные ему свойства личности.

Как явствует из сказанного, методика «имаготерапии» сложна, длительна и требует участия режиссера в качестве помощника психотерапевта. Однако она привлекает своей позитивной направленностью (утверждение положительных свойств личности-образца) и высокой активизирующей способностью. Элементы имаготерапии могут быть с успехом использованы при аутогенной тренировке. А. А. Мажбиц (1965) включил их в комплексную систему лечения заикания у взрослых. В виде «сюжетного воображения» нами применялись приемы имаготерапии в комплексном курсе аутотренинга и при высших ступенях аутогенной тренировки

(Г. С. Беляев, 1966; Г. С. Беляев и И. А. Копылова, 1968). Сюжетное воображение как элемент имаготерапии повышает лечебный эффект аутогенной тренировки и при лечении сексуальных расстройств (В. В. Андрианов и Л. Н. Собчик, 1969; Г. С. Беляев, 1969; И. А. Копылова, 1969). С «сюжетным воображением» можно сблизить и «формулируемые представления», которые Kleinsorge и Klumbies (1962) рекомендуют применять в ходе направленной органотренировки при некоторых системных неврозах.

Из большого числа методик, использующих вербальный самоприказ как основной технический прием, следует упомянуть «активный гипноз» (Kretschmer, 1958) и «аблативный гипноз» (Klumbies, 1952).

«Активный гипноз» близок к аутотренингу по Шульцу. Стремясь преодолеть негативизм пациентов, частый при гетеросуггестии, и повысить их активность, автор отказывается от традиционного ритуала гипноза; техника гипнотизации «рационализируется», больной активно участвует в ее поэтапном освоении: а) разучивание упражнений, заимствованных из комплекса первой ступени аутогенной тренировки, имеет целью «индуктивное управление мышечным и сосудистым тонусом»; б) обучение самогипнотизации состоит в фиксации взгляда на неподвижном предмете (циферблат тихо тикающих часов в 12—15 см от лица; монотонный звуковой раздражитель способствует сужению поля сознания); в) «вербальное воздействие врача» (автор избегает определения «суггестия»), которым врач подсказывает больному нужные ощущения, помогает, с одной стороны, возникновению гипноидного состояния, а с другой — является «уроком» самогипнотизации; г) продолжая и развивая «вербальное воздействие», врач подсказывает больному лечебные формулы, которые больной заучивает.

При повторении с врачом (тренировка) гипноидные состояния углубляются. При самостоятельных занятиях больного «вербальное воздействие» психотерапевта заменяется внутренней речью больного, повторяющего выученные с врачом формулировки самовнушения.

Показания для «активного гипноза», по Kretschmer, такие же, как для обычного гипноза. Автор считает, что предложенная им методика обладает большими активизирующими возможностями и более доступна, чем обычный гетеросуггестивный метод.

«Аблативный гипноз» (от «ablatio» — отрыв, отделение) — «гипноз в отсутствии врача» — решает сходные с «активным гипнозом» лечебные задачи и близок к нему по технике. Непосредственное суггерирующее влияние психотерапевта сведено в «аблативном гипнозе» до минимума. Врач лишь разучивает с больным предварительно формулы лечебного самовнушения, не предпринимая никаких попыток ввести больного в гипноидное состояние. Гипнотизация осуществляется больным самостоятельно при помощи фиксации взора на специальной карточке, на которой изображены концентрические окружности, окрашенные в яркие цвета, утомляющие зрение. Предварительно выученные формулы лечебного само-

внушения произносятся больным мысленно уже после достижения гипноидного состояния. Автор считает, что при глубоких фазах самогипноза вербальный самоприказ уступает место переживанию сенсорных представлений.

При аблативном гипнозе обычно достигаются сравнительно глубокие гипноидные состояния (II—III фазы). Пробуждение осуществляется самим больным (по будильнику или постгипнотическим самовнушением).

Несмотря на то, что Klumbies считает аблативный гипноз особенно показанным при часто рецидивирующих болевых синдромах (мигренозные приступы, фантомные боли), эта методика не нашла широкого распространения.

КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДИКИ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ АУТОГЕННУЮ ТРЕНИРОВКУ

Наиболее показательными среди таких методик являются «ступенчатый гипноз» (Langen, 1961) и комплексное лечение заикания у взрослых по А. А. Мажбицу (1965). Первая из этих методик решает широкие терапевтические задачи, вторая — специализирована для лечения одного синдрома (логоневроза).

Ступенчатый гипноз включает в себя элементы рациональной психотерапии, тренировочные приемы и гипносуггестию. Лечение этой методикой проводится по следующим этапам:

I. Выявление психогении в процессе сбора анамнеза; изучение совместно с больным конфликтной ситуации и обсуждение возможных путей выхода из нее.

II. Попытки выработать индифферентное отношение больного к травмирующим факторам и ведущим симптомам болезни; овладение корригирующими представлениями для нейтрализации болезненных состояний и обесценения психотравмирующих переживаний. Этот прием предполагает активную транквилизацию, для чего широко привлекаются приемы аутогенной тренировки.

III. Собственно «ступенчатый гипноз»: а) обучение основным аутопсихотерапевтическим упражнениям, в том числе приемам аутогенной тренировки и релаксации; б) обучение технике аутогипноза (например, конвергенции глаз); в) врачебный гипноз для устранения психогении; г) самостоятельные упражнения больного в деконтракции, освобождающие от внутреннего напряжения, с использованием элементов последовательной релаксации и навыков, полученных во время врачебного гипноза.

В поддерживающие занятия включаются тренировка пациента под руководством врача (гетеротренинг) и самостоятельная тренировка (аутотренинг). Методика допускает групповые занятия на некоторых этапах лечения, но индивидуальный метод предпочтительнее.

Комплексное лечение заикания взрослых по А. А. Мажбицу может служить примером органического включения приемов ауто-

генной тренировки в сложный и длительный лечебный процесс. На первом этапе формируется психотерапевтическая группа, вводная беседа с которой строится применительно к специфике заболевания. Лечение начинается предварительным курсом аутогенной тренировки, не отличающимся от обычной тренировки. Лечение собственно логоневроза открывается единичным сеансом авторитарного внушения («директивное внушение» по К. М. Дубровскому, 1966). Во время последующего 2—3-дневного режима молчания группа, уже овладевшая общими приемами первой ступени аутогенной тренировки, тренируется в вызывании сюжетных представлений, повторяющих ситуацию авторитарного внушения с тем, чтобы в состоянии аутогенного погружения преодолеть логофобию. Процедура снятия режима молчания проводится также в состоянии аутогенного погружения. В последующем аутогенная тренировка проводится 2—3 месяца. Ее содержание сводится к сюжетному воображению, а цель состоит в преодолении генерализованного страха и логофобии. Большим предлагается не «уходить» от ранящей ситуации, а преодолевать ее, «увидев» себя говорящим в конкретных условиях. Показанием к переходу от воображаемых действий к их реализации, т. е. к функциональной тренировке, служит исчезновение вегетативных реакций, сопровождающих обычно представление патогенной ситуации. В дальнейшем рекомендуется представление «личности-образца» и подражание ему, т. е. прием, заимствованный из методики «имаготерапии» по И. Е. Вольперту.

Большое внимание на всех этапах лечения уделяется регуляции мышечного тонуса с помощью приемов последовательной релаксации (тренировка в расслаблении артикуляторных мышц и мышц фонации), а также — идеомоторной тренировке (преодоление патогенных звуко сочетаний). Широко представлены в этой методике и различные дыхательные упражнения.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Физиологические механизмы аутогенной тренировки обуславливают широкий диапазон ее применения. Однако вопрос об оптимальных показаниях к ней остается недостаточно разработанным. По мнению Шульца и большинства представителей его школы, аутогенная тренировка не имеет прямых противопоказаний; при ее назначении в каждом конкретном случае решается вопрос лишь о большей или меньшей эффективности. Ни в одном из 12 изданий монографии Шульца «Аутогенная тренировка» (1932—1966) не приводятся принципы отбора больных для лечения. Нет соответствующей рубрики и в шеститомном руководстве «Аутогенная терапия» под ред. Luthe (1969—1970) последней публикации, в которой Шульц принимал непосредственное участие.

ДВЕ СИСТЕМЫ ПОКАЗАНИЙ К АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКЕ

По мере накопления клинических данных начинает доминировать представление об аутогенной тренировке как о психотерапевтической методике с широкими, но отнюдь не безграничными показаниями. В определенных случаях ее неоправданное применение, не принося больному вреда, может, тем не менее, скомпрометировать методику. При некоторых болезненных состояниях аутогенная тренировка может принести вред, т. е. является противопоказанной. Исходя из этого, признается необходимым предварительный отбор больных, при котором следует учитывать не только форму заболевания, но и личность больного. Назначая аутогенную тренировку больному, следует решать два вопроса: во-первых, является ли метод лечения эффективным при данном заболевании (система медицинских показаний) и, во-вторых, сможет ли данный больной, исходя из своих личностных особенностей, освоить и применять аутогенную тренировку (система психологических показаний).

МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

По общему мнению аутогенная тренировка более всего эффективна при лечении неврозов, функциональных расстройств и кортико-висцеральных заболеваний, что обусловлено влиянием аутогенной тренировки на механизмы саморегуляции вегетативных функций и психической деятельности (Luthe, 1960). Большинство авторов формулируют медицинские показания к аутогенной тренировке на синдромологическом и симптоматическом уровнях, так как эта методика действует не непосредственно на конкретную причину заболевания, а на механизмы регуляции, расстройство которых служит симптомообразующим фактором. Такой подход оправдан на современном уровне знаний, однако он определяет неизбежную нечеткость медицинской системы показаний.

Так, Kleinsorge и Klumbies (1962) приводят перечень 39 заболеваний, от аэрофагии и «вегетативного симптомокомплекса» до язвенного колита и гипертиреоза, при которых применение аутогенной тренировки считается показанным. Подобный перечень в одной из последних работ Luthe и Schultz (Luthe, 1969—1970, v. II—III) насчитывает около 80 наименований, объединенных в 21 группу. Здесь наряду с заболеваниями, при которых лечебное действие аутогенной тренировки бесспорно (расстройства сна, психогенные сексуальные расстройства, эмоциональные нарушения), приведены и такие болезненные состояния, при которых эффект аутогенной тренировки весьма сомнителен (артриты, гемофилия, церебральные параличи, параноидные реакции). Такая широкая система показаний выводится из априорных психосоматических и бихевиористских концепций. Рекомендации авторов основаны,

следовательно, не на том, как реально действует аутогенная тренировка, а на том, как она должна, по их мнению, действовать. При этом терапевтические неудачи объясняются не превышением лечебных возможностей аутогенной тренировки, а «неумелым» ее применением.

По литературным данным, наилучшие результаты применения аутогенной тренировки отмечены при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом мускулатуры (Schultz, 1958; Demangeat, 1959; de Bousingen, 1962; А. М. Свядош и А. С. Ромен, 1965), в частности, при бронхиальной астме, в инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, дискинезии, стенокардии и т. п. Аутогенная тренировка рекомендуется также при состояниях тревоги, нарушениях сна и болевых синдромах. Schipkowensky (1965) считает аутогенную тренировку особенно показанной при иатрогенных функциональных нарушениях.

Следует иметь в виду, что упражнения, активирующие парасимпатическую иннервацию, разработаны в большинстве модификаций подробнее, поэтому проявления симпатикотонии купируются аутогенной тренировкой эффективнее, нежели ваготонии. Вследствие этого ряд авторов при лечении системных неврозов, обусловленных ваготонией, рекомендуют адаптированную технику по типу направленной органотренировки Kleinsorge и Klumbies (К. И. Миrowsкий, 1965; С. С. Либих, 1966).

Отмечая восстановление или повышение работоспособности как одно из важнейших следствий аутогенной тренировки, многие исследователи считают ее показанной при психогенных и соматогенных астенических состояниях (Müller-Hegemann, 1961; К. И. Миrowsкий и А. Н. Шогам, 1965; Л. Д. Гиссен, 1968; Luthe, 1969—70, v.IV).

Аутогенная тренировка включается в комплексное лечение алкоголизма (Orme a. Snider, 1968; И. Г. Ураков и В. С. Гребенников, 1968). В этих случаях аутогенная тренировка используется не для создания условнорефлекторного отвращения к алкоголю, а для общей транквилизации, тренировки воли и заполнения своеобразного «психологического вакуума», возникающего при абстиненции (Г. В. Зеневич и С. С. Либих, 1965). По нашим данным (Г. С. Беляев, 1968, 1971; а также Tomsovic, 1970), аутогенная тренировка, давая достаточно высокий общий терапевтический эффект непосредственно после курса лечения алкоголизма, не обеспечивает стойких результатов.

Аутогенная тренировка показала себя эффективным методом лечения при различных невротических расстройствах речи и фонации (Brankel, 1957, 1958; А. А. Мажбиц, 1965; А. И. Лубенская, 1966; Ю. В. Некрасова и С. Ф. Орловская, 1966).

Наряду с применением аутогенной тренировки при различных функциональных расстройствах, она является ценным терапевтическим пособием и при ряде органических заболеваний нервной

системы (А. Г. Панов, В. С. Лобзин и соавт., 1969). Э. В. Бургдорф, О. В. Ильинская и соавт. (1968) рекомендуют аутогенную тренировку при лечении остаточных явлений нейроиной инфекции; Л. И. Миронова и Н. Г. Краснокутская (1968) — при дизэнцефальной патологии; Binder (1960) и Л. А. Тарнопольская (1968) — для купирования остаточных явлений после закрытых травм черепа. Включение аутогенной тренировки в комплексное лечение органических сосудистых заболеваний (в том числе и периферических сосудов) рекомендуют Г. К. Тарасов и А. С. Каландришвили (1965), А. С. Ромен и С. Х. Биргин (1967), В. Д. Гончаров и Я. Н. Зеленская (1968).

Влияние аутогенной тренировки на восстановление работоспособности, возможность с ее помощью регулировать эмоциональное состояние и упражнять волю дают основание многим авторам рекомендовать упрощенный комплекс аутогенной тренировки как психогигиеническое и психопрофилактическое мероприятие для здоровых людей (В. С. Лобзин и Ю. М. Кулагин, 1968; Л. Д. Гиссен, 1969; Luthe, 1969, 1970), особенно для работников умственного труда (Engelsmann, 1962). В ряде стран занятия аутогенной тренировкой проводятся по радио и телевидению (Burkhardt и. Hesse, 1967). Успешное преодоление тревоги и эмоционального напряжения с помощью аутогенной тренировки оправдывает ее включение в многочисленные варианты методик психопрофилактики родовых болей (Chertok, 1959; Prill, 1965; Г. Н. Балтпурвин, 1968).

Среди немногих медицинских противопоказаний к аутогенной тренировке общепризнаны состояния неясного сознания и бред, в особенности бред отношения и воздействия (Б. С. Бамдас, 1966; С. С. Либих, 1969). Schultz (1958) считал, что аутогенная тренировка как процесс активизирует скрытые бредовые системы у больных психозами, и на этом основании назвал аутогенную тренировку «диагностическим ситом», позволяющим выявить инкапсулированные или диссимулируемые бредовые переживания.

Не рекомендуется аутогенная тренировка во время острых соматических приступов и вегетативных кризов (Müller-Hegemann, 1957; К. И. Мирковский, 1967). Во время болевых приступов, пароксизмов и иных острых дискомфортных состояний тренирующемуся недоступна концентрация внимания, необходимая для выполнения упражнений. Schultz (1960), de Bousingen (1964), Luthe (1965) считают противопоказанным лечение аутогенной тренировкой болезненных состояний, связанных с ваготонией. Однако работы К. И. Мирковского (1967) и А. В. Алексеева (1968) доказали, что с помощью некоторых специальных приемов можно преодолеть нежелательное преобладание вагусной системы.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Аутогенная тренировка, помимо системы медицинских показаний, имеет и показания психологические. Это вызывается, в первую очередь, необходимостью тесного психотерапевтического контакта между больным и врачом, и если достижение такой «психологической совместимости» во многом зависит от опыта и искусства врача (М. С. Лебединский, 1971), то выбор адекватной психотерапевтической методики в каждом конкретном случае определяется не только формой заболеваний, но и личностью больного (Thomson, 1965; Bergmann, 1966).

Отбор больных для аутогенной тренировки по признаку «психологической пригодности» особенно важен. Психологические показания и противопоказания в большей мере, чем чисто медицинские, ограничивают диапазон применения аутогенной тренировки. По нашему опыту, подтвержденному литературными указаниями (Кляйнзорге и К्लумбис, 1959) ошибки в определении психологической пригодности дают больший процент неудач, чем чисто медицинские ошибки. Stokvis (1947), Schultz (1960) утверждают, что не каждый, кому по роду заболевания показана аутогенная тренировка, способен успешно ею заниматься. Bauer и Klumbies (1957), Thomas (1967) говорят об особой «психологической пригодности» к аутогенной тренировке. Müller-Hegemann (1959) формулирует три условия, необходимые для успешной аутогенной тренировки: интеллектуальный минимум тренирующегося, воля к здоровью и желание сотрудничать с врачом. Больной может успешно выполнить свою часть совместной работы с врачом при аутогенной тренировке лишь в том случае, если он понимает смысл того, что делает, стремится выполнить свою задачу как можно лучше и доверяет рекомендациям врача.

По этим причинам большинство авторов считают аутогенную тренировку не показанной для пациентов моложе 16 лет, так как от подростков, весьма неохотно принимающих попытки руководства собой, трудно ожидать полного понимания стоящих перед ними задач (Kleinsorge и Klumbies, 1959; С. С. Либих, 1967а). Однако это мнение разделяется не всеми. Oles (1956), Alberts (1960), Teirich (1968) сообщают об успешной тренировке детей и подростков адаптированными приемами при различных заболеваниях, а С. Г. Файнберг (1969) использует своеобразную модификацию аутогенной тренировки в ситуации игры для больных дошкольного и младшего возраста. Аутогенную тренировку для детей школьного возраста рекомендует А. И. Захаров (1971).

Авторы не приводят объективных критериев интеллектуального уровня, необходимого для успешной аутогенной тренировки. Естественно, определение такого уровня представляет существенные практические трудности. Müller-Hegemann (1957) подчеркивает лишь, что аутогенная тренировка в отличие от гипноза тем успешнее, чем интеллигентнее пациент. Bauer и Klumbies (1957) пре-

достерегают от чрезмерного усложнения упражнений, так как это повышает «интеллектуальный порог» аутогенной тренировки. М. С. Лебединский и В. Н. Мясичев (1966) считают, что аутогенная тренировка применима к больным, способным понять указания врача, оценить значение метода и правильно вести себя во время тренировки. С. С. Либих (1967а) полагает умеренное снижение или недоразвитие интеллекта и памяти лишь относительным противопоказанием к аутогенной тренировке.

Ни одна психотерапевтическая методика не может быть методикой для узкого круга лиц, для «избранных»; не составляет исключения и аутогенная тренировка. Учитывая трудности объективного психологического отбора контингента для тренировок, следует так строить технику аутогенной тренировки, чтобы сделать ее доступной не только широкому кругу больных, но и большинству врачей.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА КАК ГРУППОВАЯ МЕТОДИКА

В настоящее время преимущества группового аутотренинга не оспариваются (Wendt, 1960а). Индивидуальное обучение относится больше к казуистике. Аутогенная тренировка имеет свои особенности как методика, осваиваемая в группе (Fetique e. a., 1964). Важнейшая из них заключается в том, что не только психотерапевт оказывает влияние на коллектив больных, но и больные, составляющие лечебную группу, вступают между собой во внутригрупповые отношения и таким образом влияют друг на друга (Могено, 1966). Это влияние может быть как положительным (взаимное обозрение, активация), так и отрицательным («эгротогения») (С. С. Либих, 1966). Психотерапевт должен позаботиться о том, чтобы ипохондрические больные и субъекты с неправильным поведением не получили преобладания в лечебном коллективе (Spaltro, 1961).

Группа аутотренинга является по классификации С. С. Либиха (1967а) «временной» (решающей частную психотерапевтическую задачу), «замкнутой» (не меняющей своего состава до окончания курса), смешанной по характеру заболеваний, возрасту и полу.

Каждый коллектив выдвигает из своей среды лидера; психотерапевт не может его «назначить», но должен искусно и ненавязчиво выдвинуть или поддержать такого лидера, который помог бы утвердить в лечебном коллективе атмосферу доброжелательного доверия (М. Андреев, 1966).

Число членов единой группы обычно не превышает 20—25 больных — большие группы неизбежно делятся на микрогруппы, каждая со своим лидером. Между лидерами таких микрогрупп нередко возникают конкурентные отношения соперничества, мешающие успешному лечебному процессу (С. С. Либих, 1969). Как правило, оптимальной для коллективной психотерапии признается так назы-

ваемая «малая группа» в 5—10 больных (С. С. Либих, 1966а). Но поскольку при аутогенной тренировке больные не вступают в такие активные внутригрупповые отношения, как, например, при имаготерапии, то допустимо большее число больных в группе.

Систему показаний к коллективно-групповым методам психотерапии при лечении неврозов подробно разработал С. С. Либих (1966, 1966б, 1967а, 1969ж), а при лечении соматических заболеваний — А. Л. Гройсман (1969). По С. С. Либиху (1969), коллективная аутогенная тренировка является как патогенетической, так и симптоматической психотерапией и в состоянии успешно решать следующие задачи: стимуляция воли к здоровью, преодоление ипохондрической фиксации, коррекция невротических черт характера, активирование личности, повышение уровня саморегуляции и упражнение высших психических функций, купирование многих болезненных симптомов. На этом основании коллективная аутогенная тренировка дает наибольшие преимущества при лечении реактивных форм неврозов и лиц, страдающих болезненной застенчивостью, сензитивностью, неуверенностью в себе, замкнутостью. Во избежание отрицательной взаимоиндукции рекомендуется составлять группы из больных с различными синдромами и на разных этапах заболевания, что способствует взаимному ободрению больных и успешной коррекции их болезненных установок. Е. К. Яковлева, Р. А. Зачепицкий и В. А. Часов (1959) считают, что неоднородность групп не является препятствием для коллективной психотерапии, если в группе нет больных с несовместимыми особенностями личности или синдромами.

Противопоказаниями для тренировки в группе С. С. Либих считает установочное поведение и рентные тенденции больных, эксплозивное и антисоциальное поведение; расстройство сознания и актуальные бредовые идеи; припадки органического генеза (эпилептиформные, дизэнцефальные); гиперкинезы, тики и другие двигательные нарушения; резко выраженные физические недостатки; сложные полиобсессии с системой ритуалов; соматические заболевания в состоянии резкой декомпенсации; синдром клаустрофобии; значительное снижение или недоразвитие интеллекта и памяти.

А. Л. Гройсман (1969) понимает коллективную психотерапию как единое целое — систему лечебных мероприятий, проводимых в группе, а коллективный аутотренинг — как одно из звеньев этой комплексной системы, применяемое на строго определенном этапе лечения. Он рекомендует использовать аутогенную тренировку при климактерических расстройствах у женщин, при туберкулезе легких, язвенной болезни, гастритах, холециститах, сердечно-сосудистых заболеваниях, тиреотоксикозе. Все эти заболевания, очевидно, объединяет невротический компонент, играющий существенную роль как в патогенезе, так и в патофизиологии. Иными словами, наряду с медикаментозным лечением соматического заболевания, автор предлагает и психотерапию, которая в данном случае не носит характера каузального лечения, но, тем не менее, решает такие задачи, которые без психотерапевтических методов решены быть

не могут. Групповой метод лечения имеет определяющее значение для достижения терапевтического эффекта, вторично сказывающегося на соматическом состоянии больных. Именно в группе, по мнению автора, наиболее успешно преодолеваются ипохондрическая фиксация, психогенная астения, страх перед болезнью, достигается более быстрое восстановление трудоспособности, активизируется личность. Эти чисто психологические сдвиги, достигаемые приемами «психотерапевтического зеркала», «коррекции масштаба переживания» и сообщением «лечебной перспективы» (термины С. С. Либиха, 1967), являются следствием коллективных методов психотерапии. По данным автора, такая «психологическая мобилизация» позволяет успешно активировать защитные силы организма для борьбы с основным заболеванием.

А. Л. Гройсман считает, что для лечения перечисленных соматических заболеваний следует комплектовать специализированные группы, так как комплексная психотерапия определенных нозологических форм, по его мнению, специфична. Менять состав групп в ходе лечения он считает нецелесообразным. Заслуживает внимания, что при диабете (лечение которого методами коллективной психотерапии автор считает показанным) аутогенная тренировка в схеме терапии не используется (см. также Elhardt и соавт., 1956).

Аутогенная тренировка применяется как в стационарной, так и в амбулаторной практике (Kleinsorge, 1963; Я. Р. Гасуль, 1965; Г. В. Зеневич, 1966), а также в санаторно-курортных условиях (Frings-Baumann, 1951; Gick, 1960; К. И. Мирровский и А. Н. Шогам, 1966). Естественно, что в каждом из этих случаев организационные формы аутотренинга приспособляются к конкретным условиям (длительность пребывания под наблюдением, частота амбулаторных посещений и т. п.).

МЕСТО АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ В СИСТЕМЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Для того чтобы разобраться в многочисленных и нередко противоречивых мнениях различных авторов о лечебных возможностях аутогенной тренировки, следует, в первую очередь, четко определить ее место в системе психотерапии. Зарубежные психотерапевты игнорируют идею единой и комплексной психотерапии, и каждая новая методика стремится «вытеснить» предшествующие, заявляя о себе как о своеобразной панацее, становясь модой (Н. В. Иванов, 1962а). Так было с гипнозом, психоанализом во всех его разновидностях, лечебным самовнушением. Не избежала этой участи и аутогенная тренировка. Стараниями психосоматической школы она объявлена эффективной едва ли не при любом заболевании, а ее действие — тотально «организмическим» (Schultz, 1960).

Отечественная психотерапевтическая школа последовательно придерживается концепции комплексной психотерапии целостной личности (Н. В. Иванов, 1954). Каждая отдельно взятая методика

не конкурирует с остальными, но применяется в комплексе на определенных этапах лечения. Коллективная психотерапия не противопоставляется индивидуальной; групповое лечение без индивидуальной подготовки немыслимо (С. С. Либих, 1969).

Оценивая терапевтические возможности аутогенной тренировки на сравнительно ранних этапах ее развития, большинство советских психотерапевтов отводило ей место вспомогательной методики в комплексном психотерапевтическом процессе (Н. В. Иванов, 1962а; В. Н. Мясичев, 1966; А. И. Шогам, 1966; М. С. Лебединский, 1968). В последующем выяснилось, что первоначальная техника аутогенной тренировки далеко не использует потенциально заложенных в этом перспективном методе возможностей. На основании клинических наблюдений и экспериментальных данных отечественных и зарубежных исследователей были предприняты успешные попытки оптимизировать технику и приемы аутотренинга. Некоторые первоначальные концепции Schultz были пересмотрены или оставлены. В понимании механизмов аутотренинга поляризовались две тенденции — аутогенная тренировка как методика самовнушения (Thomas, 1967; Luthe, 1969, 1970; А. С. Ромен, 1967а, 1970) и как методика по преимуществу аутодидактическая (Müller-Hegepapp, 1968; А. Н. Шогам, 1968; С. С. Либих, 1969а).

В результате развития и совершенствования аутогенной тренировки существенно повысился ее ранг в системе комплексной психотерапии. Признано, что она действует не только симптоматически, но и при известных условиях патогенетически и поэтому может претендовать на роль одной из основных (не единственной, разумеется) психотерапевтических методик (Meier, 1959; С. С. Либих, 1969). Интересно отметить в связи с этим, что наши больные, подвергающиеся комплексному лечению, осознают аутогенную тренировку как основу лечебного процесса.

Мы понимаем аутогенную тренировку как *систему приемов психического самовоздействия, обучающую управлению некоторыми вегетативными функциями и психическими процессами*. С методологической стороны аутогенная тренировка характеризуется как *активная и активирующая индивидуально-групповая методика аутопсихотерапии, основанная на регулярных упражнениях. Психическое самовоздействие аутогенной тренировки осуществляется преимущественно приемами самоубеждения и самовоспитания (аутодидактики)*.

Естественно, что то или иное понимание механизмов аутогенной тренировки определяют как ее технику, так и лечебный диапазон, выраженный системой медицинских и психологических показаний. В этом разделе мы ограничились изложением литературных данных о терапевтических возможностях аутогенной тренировки. Наши данные об оптимальных показаниях к аутотренингу мы приведем после описания принятой нами модификации аутогенной тренировки.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ТРЕНИРОВКИ

Начав с 1957 г. применять аутогенную тренировку сначала в диспансерных, а затем и в стационарных условиях, мы столкнулись с необходимостью сравнить ее лечебный эффект с другими психотерапевтическими методами. Были определены показатели, позволяющие осуществить такое сравнение в однородных группах больных и проведено клинико-статистическое исследование результатов аутогенной тренировки в комплексе лечения.

В качестве показателей, характеризующих ее эффективность, были выбраны: 1) отсев больных, не завершивших курса аутогенной тренировки; 2) усвоение больными упражнений аутотренинга; 3) результаты лечения для однородных групп больных («средняя ремиссия»).

Выбор перечисленных показателей диктовался следующими соображениями. Отсев больных (определявшийся в процентах к общему числу больных, начавших аутотренинг) находится в обратной зависимости от эффективности методики, так как больные прекращают тренировки, если находят их малоэффективными. Учитывались в качестве отсеявшихся больные, посетившие менее половины лечебного курса (1—5 занятий гетеротренинга), прекратившие самостоятельные тренировки, но продолжавшие лечение другими методами. При таком определении мы считали отсев больных показателем как дефектов методики, так и недостатков работы проводящего ее врача.

Успешное выполнение упражнений аутотренинга дает больным лечебную перспективу, укрепляет волю к здоровью, уверенность в своих силах и, таким образом, уменьшает отсев. Этот показатель также высчитывается в процентах, причем уверенное выполнение упражнений принималось за 100%, частичное — за 67%, сомнительный результат — за 33%, а невыполнение за 0. Учитывалось выполнение упражнений всеми больными, присутствовавшими на данном занятии, в том числе и отсеявшимися впоследствии.

Эффективность лечения определялась по семибальной шкале ремиссий типа шкалы ремиссий по М. Я. Серейскому (1939)), но градуированной по функциональному признаку (В. Н. Мясищев, 1935). Для больных, объединенных каким-либо признаком (диагнозом, схемой лечения, возрастом, полом и т. п.), вычислялась средняя ремиссия — *индекс эффективности лечения (ИЭЛ)*, что позволило при сравнении результатов лечения оперировать сопоставимыми количественными характеристиками равной точности. При катанестическом изучении различных групп больных сравнивались непосредственные и отдаленные результаты лечения (*ИЭЛО* и *ИЭЛх*), что давало возможность судить об устойчивости лечения, вычисляя *показатель устойчивости лечения (ПУЛх при х, равном сроку катанеза)*. Эти показатели определялись как для всех больных, приступивших к аутотренингу, так и отдельно — для завершивших лечебный курс.

Подобные индексы под различными наименованиями широко используются в биологической и медицинской статистике для количественной характеристики различных явлений и их динамики (Н. Бейли, 1962; Г. Н. Зайцев, 1967). Достоверное определение эффективности лечения имеет первостепенное значение не только при разработке новых методов лечения, но и для практической работы каждого врача. Поэтому далее в специальном разделе мы приведем и обоснуем применяемую нами шкалу ремиссий и опишем простейшие способы вычисления этих показателей. Их исследование позволило установить факторы, препятствующие успешному применению ряда существующих модификаций аутогенной тренировки и, кроме того, решить следующие задачи: 1) отбор наиболее эффективных приемов существующих модификаций аутогенной тренировки; 2) поиск новых приемов аутотренинга, улучшающих результаты лечения; 3) определение оптимальных условий проведения аутотренинга — частоты и продолжительности занятий гетеротренинга и всего курса аутогенной тренировки; 4) уточнение показаний к аутогенной тренировке с учетом диагноза, длительности заболевания, личности и возраста больных.

Таким образом, были предприняты поиски такого варианта аутотренинга, который характеризовался бы наименьшим отсевом, достаточно уверенным выполнением упражнений и возможно большим значением ИЭЛ при наиболее широких показаниях, т. е. создание на основе отобранных приемов, уточненных условий и системы показаний единого комплекса упражнений аутотренинга, увеличивающего лечебный эффект этой методики и расширяющего ее лечебный диапазон.

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Подготовительными мероприятиями являются такие действия врача, которые предшествуют непосредственному разучиванию и использованию упражнений аутотренинга. Подготовительный период является необходимой частью аутогенной тренировки в такой же мере, в какой сама аутогенная тренировка — часть единой и комплексной системы лечения больного.

Цель подготовительного периода:

1) по возможности смягчить острые проявления болезни, поскольку при них аутотренинг затруднен или невозможен;

2) психологически подготовить больного к аутотренингу, сведя к минимуму те препятствия, которые зависят от особенностей личности больного (непонимание, негативизм, недостаточная активность и воля к здоровью и т. п.);

3) определить пригодность групповой психотерапии для каждого конкретного больного, т. е. сформировать группу.

В этот период проводятся:

1. Ознакомление с больным во время сбора анамнестических

данных; типологическая характеристика больного (индивидуальная беседа). Лабораторные и функциональные исследования. Ставится предварительный диагноз.

2. Выявление причины заболевания и обсуждение ее с больным. Коррекция отношения к заболеванию (индивидуальные беседы).

3. Обсуждение с больным путей преодоления патогенной ситуации. Первое упоминание о возможностях корригирующего самовоздействия (индивидуальные беседы с больным). Формулирование окончательного диагноза и плана лечения.

4. Назначение медикаментозного и физиотерапевтического лечения.

5. Назначение предварительных упражнений к курсу аутотренинга (дыхательная гимнастика, идеомоторная тренировка, упражнения в мышечном расслаблении). Возможно внушение в гипнозе для купирования некоторых острых симптомов. В зависимости от соматического состояния больному может быть назначена лечебная физкультура.

6. Формирование лечебного коллектива. Вводная беседа психотерапевта. Первая встреча врача с вновь сформированной группой и членов группы друг с другом.

Со времени первичного ознакомления врача с больным до формирования лечебной группы проходит обычно 10—15 дней. Этот срок дает возможность больному удовлетворительно адаптироваться к условиям лечебного учреждения, а врачу — изучить больного и оказать на него первоначальное лечебное воздействие. Все мероприятия подготовительного периода, кроме вводной групповой беседы, проводятся индивидуально. Первые четыре пункта перечня подготовительных мероприятий являются частью обычной лечебной работы и не требуют специальных пояснений.

Дыхательная гимнастика состоит в освоении ритмичного брюшного (диафрагмального) дыхания под мысленный счет тренирующегося. Больному дается задание контролировать движение передней брюшной стенки и тщательно регулировать продолжительность вдохов и выдохов. Дыхательная гимнастика не должна быть продолжительной во избежание утомления непривычным типом дыхания. Во избежание явлений гипервентиляции следует соблюдать паузу после выдоха, равную по продолжительности половине вдоха. Вначале тренирующиеся (особенно женщины) испытывают некоторые трудности, осваивая брюшной тип дыхания. Эти трудности легко преодолимы, после того, как тренирующийся однажды почувствует нужные ощущения. Иногда для этого достаточно положить руку на живот, чтобы контролировать его движение во время акта дыхания. Основная цель дыхательной гимнастики на этом этапе лечения — обучение концентрации внимания.

Идеомоторная тренировка. Ее прием — «осознав» какую-либо часть тела (удобнее всего руку или ногу), производить ею воображаемые движения, тщательно вспоминая и представляя себе все те ощущения, которые возникали бы при реальном движении. Цель идеомоторной тренировки — оживление следовых (гаптических)

образов, развитие внимания и воображения. Назначая большим упражнениям этой группы, следует избегать преждевременного прикосновения к «больному пункту», например рекомендовать больным с невротическими расстройствами речи и фонации мысленную речь, а при заболеваниях, связанных с нарушениями моторики,— представлять те движения, выполнение которых затруднено (акт письма при писчем спазме). Пренебрежение этим условием может вызвать у больных нежелательные вегетативные реакции и обострение фобического комплекса (Uchiyama, 1964; А. А. Мажбиц, 1966).

Предварительные упражнения в расслаблении попеременнополосатой мускулатуры удобнее начинать с длинных мышц конечностей, а во вторую очередь научиться расслаблять мышцы затылка и шеи, а также мимические мышцы (Jacobson, 1938; И. В. Ловицкая, 1964; В. Л. Маришук, 1965). Мышечное расслабление лучше всего осознается по контрасту с напряжением. В качестве примера могут быть рекомендованы следующие упражнения:

Стоя поднять руки над головой (вдох), с выдохом наклонить туловище вперед, одновременно уронив руки так, чтобы они свободно раскачивались, подобно маятнику. Повторить 2—3 раза.

Стоя, расставив ноги на ширину плеч (руки свободно висят вдоль туловища), с умеренной резкостью вращать туловище вправо и влево. Руки без напряжения следуют за туловищем. Повторить 4—6 раз.

Лежа на спине (ноги вытянуты, руки вдоль туловища), поднять одну руку, прямую и напряженную, вертикально (вдох), затем уронить ее рядом с собой (выдох). Повторить 3—4 раза для каждой руки.

Стоя одной ногой на небольшом возвышении (ступеньке, низкой табуретке), свободно положить бедро второй ноги у подколенной ямки на предплечье руки, согнутой в локте (левая рука и левая нога, правая рука и правая нога). Быстрым движением выдернуть руку, дать свободно висящей ноге упасть. Вторая рука упирается в стенку или о спинку стула для сохранения равновесия. Повторить 3—4 раза для каждой ноги.

Лежа на спине, подтянуть одну из ног пяткой как можно ближе к ягодице (вдох). Пятку при этом не отрывать от ложа. С выдохом сразу расслабить мышцы ноги так, чтобы нога сама резким движением вернулась в исходное положение. Повторить 2—3 раза для каждой ноги.

Лежа на спине с мягким изголовьем, слегка приподнять голову руками за затылок. Выдернуть руки, дать голове упасть. Повторить 2—3 раза.

Стоя или сидя в свободной позе, уронить голову на грудь, дать нижней челюсти слегка отвиснуть, ощутить щеки висящими («маска бульдога»). Повторить 3—4 раза.

Возможны и иные упражнения (И. В. Ловицкая, 1964; di Pol, 1968), но нет необходимости каждый раз повторять один и тот же набор упражнений. Их следует разнообразить с тем, чтобы больной мог тренировать расслабление различных групп мышц. Вдох должен совпадать с мышечным напряжением, выдох — с расслаблением. Резкого мышечного напряжения следует избегать как возбуждающего. Мышечное напряжение должно нарастать постепенно. Упражнения считаются выполненными после того, как ясно осознается граница между напряжением и расслаблением. Цель упражнений в расслаблении — тренировка гаптического чувства, воспитание умения расслаблять произвольную мускулатуру; развитие внимания и воли, тренировка воображения. К групповому выполнению можно привлечь методиста лечебной физкультуры.

Выполнение больными подготовительных дыхательных и идеомоторных упражнений и упражнений в мышечном расслаблении позволяет не только активизировать будущих участников лечебной группы аутогенной тренировки, но и существенно сократить время, отводимое на освоение первых двух упражнений стандартной схемы аутотренинга (с шести занятий гетеротренинга до двух — трех).

ВВОДНАЯ БЕСЕДА

Вводная беседа в группе — весьма важное мероприятие подготовительного периода. Являясь завершением подготовки к собственно аутотренингу, такая беседа служит одновременно началом коллективного этапа психотерапии (С. С. Либих, 1969).

В соответствии с этим вводная беседа решает двоякую задачу. Она, во-первых, завершает формирование лечебной группы; во-вторых, эта беседа является чисто лечебным приемом в плане разъясняющей и активирующей психотерапии. В ходе ее врач сообщает больным необходимые сведения о возможностях лечебной саморегуляции при их заболевании. Сделать это следует так, чтобы не вызвать ипохондрической фиксации у больных, чтобы полученные ими сведения активировали их, укрепляя веру в собственные силы и возможности, доверие к новому для них методу лечения.

Одновременно врач во время этой же первой встречи содействует установлению оптимальной внутригрупповой атмосферы, помогает утвердиться «лидеру», намечает «проводников» врачебного влияния, активизирует пассивных больных и нейтрализует возможное отрицательное влияние негативно настроенных больных.

Вводную беседу удобно строить не как академическую лекцию, а по типу свободного обмена мнениями, в ходе которого наиболее активные члены группы (как положительно, так и отрицательно настроенные) неминуемо проявят себя. Форма непринужденной дискуссии способствует также лучшему усвоению нужной информации.

Мы начинаем вводную беседу с того, что задаем группе вопрос — что такое аутогенная тренировка и метод психотерапии вообще? В ходе возникшей дискуссии подсказывается определение психотерапии («влияние одной личности на другую или другие, осуществляемые по определенной системе с лечебными целями», Н. В. Иванов, 1962а) и аутогенной тренировки («упражнения психического самовоздействия для овладения приемами саморегуляции»). При объяснении механизмов аутотренинга больным сообщается понятие о гомеостазе (Du Bois Reymond, 1900; Cannon, 1929; У. Р. Эшби, 1962) и о роли вегетативной нервной системы в обеспечении постоянства внутренней среды организма. Дается понятие об адаптивном поведении (В. М. Бехтерев, 1904; Г. Селье, 1960; У. Р. Эшби, 1962) и о происхождении некоторых невротических симптомов. Подчеркивается соображение о том, что основное назначение весьма сложных приспособительных систем состоит в обеспечении

печении оптимальных условий работы мозга. Чем совершеннее гомеостаз, тем больше возможностей для интеллектуальной деятельности, для творчества.

Далее сообщается, что вегетативная нервная система, хотя и не подчинена непосредственному волевому контролю, тем не менее, не является независимой от внешних влияний. Эти влияния осознаются нами непосредственно как ощущения и эмоции. Метод аутогенной тренировки состоит в том, чтобы научиться по своей воле воспроизводить нужные для саморегуляции ощущения и эмоциональные состояния. Но, поскольку человек, не имеющий специальных знаний, как правило, не осознает связи между нужным режимом работы внутренних органов и ощущениями, для успешных занятий аутогенной тренировкой необходимо руководство врача. Указывается на неправильность стремления некоторых больных к чрезмерной самостоятельности и на вред попыток самолечения. Физиологический раздел вводной беседы уместно иллюстрировать наглядными пособиями — рисунками, таблицами (Müller-Hege- mann, 1959a).

Врач также объясняет больным необходимость и преимущества коллективной психотерапии для того, чтобы нейтрализовать их психологически понятное отрицательное отношение к пребыванию в группе. Каждый из больных считает, что его заболевание особенное и неповторимое; не опровергая этого (что уместно делать во время индивидуальных бесед), следует подчеркнуть общность механизма возникновения заболевания и общие пути выхода из патогенной ситуации.

Во время беседы настойчиво подчеркивается абсолютная необходимость активного сотрудничества больных с врачом. Больные должны твердо усвоить, что удача или неудача аутогенной тренировки зависит от них самих.

Беседа завершается краткими организационными указаниями, касающимися расписания занятий, их продолжительности и длительности всего курса аутотренинга. Необходимость поддержания строгой дисциплины обосновывается с позиций деловой целесообразности: пропускающие занятия — отстают от программы, опаздывающие — не допускаются на занятия, так как мешают концентрации внимания остальных тренирующихся. Соблюдение деловой дисциплины расценивается, таким образом, как мера активности больного, его желания продолжать аутотренинг.

Больные обычно охотно участвуют в этой беседе, так как она способствует устранению или, по крайней мере, уменьшению постоянного для них «дефицита информации» о своей болезни.

Больные предупреждаются о том, что после каждого занятия они должны будут писать краткий отчет о занятии. В помощь руководителю тренировки выбирается один из больных, которому поручается регистрация посещений, сбор письменных отчетов и т. п. Обычно это один из «сублидеров»; не следует давать такие поручения лидеру группы — он должен оставаться внешне независимым от руководителя тренировки.

Подготовленная таким образом группа может приступить непосредственно к тренировкам (гетеротренингу). Больных следует четко предупредить о том, что занятия с врачом (гетеротренинг) являются инструктажем, разучиванием, обучением, и что основное лечебное действие аутотренинга может наступить лишь в результате самостоятельных тренировок. В стационарных условиях самостоятельные тренировки должны проводиться трижды в день, для амбулаторных больных достаточно двукратное повторение (лучше всего — утром, непосредственно перед вставанием, и обязательно вечером, лежа в постели перед сном).

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАНЯТИЙ ГЕТЕРОТРЕНИНГА

Необходимо позаботиться о должной подготовке помещения, где будут проводиться занятия.

Помещение для занятий должно быть просторным и хорошо проветриваться, а в холодное время года достаточно отапливаться: в холодном помещении трудно удается мышечное расслабление. Помещение следует также изолировать от внешних шумов; освещение не должно быть слишком ярким.

Меблировка помещения — спокойные мягкие кресла с высокими подголовниками, в которых было бы удобно расположиться полулежа. Примерно треть мест — кушетки для тренировки лежа. Кушетки и кресла снабжены подушками. Необходимы также стол и два стула для руководителя тренировок и его помощника.

Освещение и дополнительное оборудование. Стол руководителя занятий должен быть освещен неярким затененным светом. Нужно предусмотреть возможность включения магнитофона и электропроигрывателя (при аутотренинге с музыкальным сопровождением), измерительных приборов (электротермометра, оксигеметра и т. п.), а также ламп цветовой подсветки.

Время проведения занятий не имеет существенного значения. Амбулаторным больным удобнее вечерние часы после конца рабочего дня. Если аутотренинг в стационаре следует непосредственно после занятий лечебной физкультурой и больные приходят несколько возбужденные физическими упражнениями, это не мешает успешным тренировкам, так как тренирующиеся быстро убеждаются в успокаивающем действии упражнений. Следует лишь позаботиться о том, чтобы тренировки проводились не раньше, чем через полтора-два часа после еды.

Продолжительность занятия гетеротренинга — 30—40 мин, а вместе с обязательной беседой врача перед каждым занятием и последующим заполнением дневников-отчетов — 1 ч. На первых занятиях курса больные выполняют меньшее число упражнений, но каждое из них осваивается дольше. Таким образом, общая продолжительность каждого занятия остается неизменной. Продолжительность самостоятельной тренировки больных — 7—10 мин.

Продолжительность курса аутотренинга первой ступени. Модифицированная нами техника аутотренинга позволила существенно

сократить продолжительность курса первой ступени, так как улучшила усвоение упражнений. Schultz (1966) рекомендовал разучивать аутогенную тренировку первой ступени в течение 3—4 месяцев (26—30 занятий). Кляйнзорге и Клюмбиес (1965) считают, что продолжительность курса не может быть меньше 12 занятий гетеротренинга, так как на разучивание каждого из шести стандартных упражнений должно приходиться не менее двух занятий. Такую же продолжительность курса считает оптимальной и Müller-Hegemann (1957, 1961). М. С. Лебединский и Т. Л. Бортник (1965, 1969) проводят курс аутотренинга в стационаре более сжато — за 18—22 дня за счет уташения занятий гетеротренинга до ежедневных. Нам удастся добиться удовлетворительного усвоения упражнений первой ступени за 9—10 занятий гетеротренинга.

Частота занятий гетеротренинга зависит от конкретных условий; в амбулаторных условиях занятия, как правило, реже, чем в стационаре. Мы считаем слишком частый гетеротренинг нецелесообразным, так как у больного не остается времени для самостоятельной тренировки. Слишком редкие занятия, с другой стороны, дезактивируют больных. По нашим данным (Г. С. Беляев, 1971), наилучший эффект тренировки достигается при частоте гетеротренинга 2—3 раза в неделю для стационарных и 1—2 раза в неделю — для амбулаторных больных. Таким образом, весь курс в стационаре продолжается 3—4 недели.

Курс аутотренинга может быть начат в стационаре, а завершен амбулаторно.

Применение магнитофона позволяет сократить время курса аутотренинга и улучшает усвоение упражнений. Врач, проводя очередное занятие гетеротренинга, записывает его на пленку; дублирующее занятие проводит медсестра по записи. На каждое занятие с врачом приходится, таким образом, по два в магнитофонной записи. Такое повторение улучшает усвоение упражнений больными и высвобождает время врача для занятий с параллельными группами. Магнитофонная запись может быть также дана больному на дом как дополнительное пособие.

С. С. Либих (1969) высказывается против увлечения «механизацией» коллективной психотерапии, полагая, что техника не должна заслонять психотерапевта от его аудитории. Однако в тех случаях, когда обстоятельства требуют интенсивных тренировок в сравнительно ограниченное время, применение звукозаписи оказывает существенную помощь (Dracoulides, 1965).

Музыкальное сопровождение. Применение звукозаписи дает возможность сочетать слово врача с музыкальным сопровождением. Это усиливает эмоциональное воздействие тренировки. Однако вопрос о сочетании аутотренинга с музыкой сложен и заслуживает специального рассмотрения. Тем не менее, предусмотреть такую возможность при организации курса аутогенной тренировки следует заранее. Мы включаем музыкальное сопровождение во второй половине курса и при поддерживающих занятиях с элементами второй ступени.

Цветовая подсветка. Эмоциональное воздействие цвета общеизвестно (Wolf, 1956; Wohlfahrt, 1962); красная часть спектра действует мобилизующе (или возбуждающе), фиолетовая — успокаивающе (или угнетающе). При наличии технических возможностей можно оборудовать приспособление для постепенного переключения цветовой подсветки в зависимости от содержания занятия. Так, например, в начале занятия помещение подсвечивается голубым или фиолетовым (транквилизация), эмоции спокойствия подкрепляются голубым и зеленым; чувству уверенности соответствует зеленый и желтый цвета; оранжевый и красный подкрепляют активацию. Цветовая подсветка не должна быть яркой или мелькающей. Устройство для переключения должно обеспечивать плавную смену цвета и освещенности.

Упомянутые технические приспособления не следует переоценивать, они имеют только вспомогательное значение. При самостоятельной тренировке больные, как правило, лишены возможности пользоваться ими. Но во время гетеротренинга с помощью таких приспособлений можно легче создать нужный эмоциональный фон и таким образом облегчить тренирующимся создание нужных условнорефлекторных связей, т. е. способствовать усвоению и самостоятельному выполнению упражнений курса.

Контроль состояния тренирующихся. Кроме обычного наблюдения врача, участники гетеротренинга нуждаются еще и в специальном контроле руководителя тренировки. Этот контроль осуществляется путем объективного наблюдения во время занятий и при помощи дневников-отчетов больных.

Дневники-отчеты заполняются каждым больным сразу же после занятия. В них больные в произвольной форме описывают ощущения, возникшие у них во время тренировки, оценивают степень выполнения упражнений, сообщают о возможных помехах.

По дневникам-отчетам руководитель тренировки судит о выполнении больными упражнений и планирует следующее занятие. Полезно тщательно изучить не только содержание отчетов, но и манеру изложения и даже почерк больных — таким образом нередко удается установить наличие у некоторых из них психопатологической продукции. Именно поэтому мы избегаем метода анкетного опроса тренирующихся; свободная манера изложения впечатлений от тренировки ярче выявляет их состояние и личностные особенности.

Приводим примерный образец бланка такого дневника-отчета (табл. 3).

Такая форма отчетов удобна для статистической обработки и обобщений.

Дневники-отчеты в последующем обрабатываются врачом — оценивается в баллах выполнение упражнений, констатируется наличие и характер аутогенных разрядов по классификационной схеме, принятой руководителем тренировок. Отчеты каждого больного за весь курс занятий накапливаются в его именном конверте.

Кроме дневников-отчетов необходимо и объективное наблюдение за состоянием тренирующихся. После занятий эти наблюдения сличаются с самоотчетами больных. Объективное наблюдение осуществляется как визуально, так и инструментально. Простейшие инструментальные измерения (кожной температуры, артериального давления и т. п.) не только позволяют объективно судить о состоянии больного, но и имеют важное психотерапевтическое значение, так как убеждают скептически настроенных больных в объективном характере испытываемых ими ощущений и, следовательно, в действенности упражнений.

ТАБЛИЦА 3

Бланк самоотчета занятий аутогенной тренировки

№ занятия _____	Ф. И. О. _____	Дата занятия _____	Индекс группы _____
Пометка врача		Текст сообщения больного:	
№ ист. болезни			
Оценка выполн. упражн.			
Аутоген. разряды			

Часто после занятий возникает коллективное обсуждение результатов тренировки. Его следует поощрять в разумных пределах, так как подобные обсуждения также являются звеном коллективной психотерапии и стимулируют уверенность больных в своих силах. Однако во время таких обсуждений нельзя допускать высказывания ипохондрических жалоб.

Учет больных, лечащихся аутогенной тренировкой, можно разделить на текущий (учет посещаемости занятий) и долговременный (учет результатов лечения).

Учет посещаемости занятий является мощным дисциплинирующим средством, мы считаем его обязательным. Переключку больных и текущий учет можно поручить ассистенту из числа больных, так как табель посещаемости не содержит медицинских сведений. Мы ведем табель посещения занятий по следующей форме (табл. 4).

Учет результатов лечения ведется на специальных карточках врачом, руководителем тренировок, и хранится как документация служебного пользования, так как содержит медицинские сведения о больном. В качестве бланков для такого учета мы используем стандартные библиотечные карточки, удобные для хранения. Карточки, не дублируя, разумеется, историй болезни, содержат основные клинические и демографические сведения о больных и позволяют производить в любой группировке статистические обобщения,

Табель посещения занятий группы

Ф. И. О.	№ ист. болезни	Дата пост.	Ввод. беседа дата	Занятия											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
И.	1042	7/III	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
С.	1080	19/III	+	-	-	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+
Б.	1051	9/III	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-

могущие представить интерес при исследовательской работе. В них предусмотрены следующие графы (табл. 5, а, б).

Большинство из указанных здесь граф не требует особых комментариев. Некоторые графы необходимо пояснить.

Врач, руководитель аутотренинга, не всегда является куратором данного больного (см. раздел «Психотерапевт как руководитель тренировки»). Это обстоятельство следует учитывать, так как оно имеет известное значение для результатов лечения.

Родной язык больного имеет существенное значение для успеха аутогенной тренировки, как и для любой другой вербальной психотерапевтической методики. Если больной думает на другом языке, чем психотерапевт, он вынужден мысленно переводить на свой язык речь психотерапевта. Это нарушает необходимый контакт между ними (Кляйнзорге и Клюбнес, 1965).

Сведения об образовании и профессии тренирующегося имеют значение, так как характеризуют уровень его общего развития.

Состояние больного при поступлении, при выписке и при катamnестическом наблюдении, а также динамика ведущего синдрома (на оборотной стороне карточки) помечаются в единой системе

ТАБЛИЦА 5а

Индивидуальная карта учета результатов аутогенной тренировки
(лицевая сторона)

(отделение)	№ ист. болезни	Ф. И. О. (полностью)
(леч. врач)		
(родной язык)	Индекс группы	профессия
Поступил(а)		Давность заболевания
Начало АТ		Д-з (окончательный)
Окончание АТ		Ведущий синдром:
Количество занятий		Параллельное лечение в комплексе:
Состояние при поступлении		медикаментозное:
Ремиссия при выписке		психотерапевтическое:
		физиотерапевтическое:
		Катamnестическое наблюдение через _____ лет
		(тип ремиссии)

(то же, оборотная сторона)

Выполнение упражнений	Преобладающие аутогенные разряды по упражнениям						
100% —							
67% —							
33% —							
0%							
	1	2	3	4	5	6	7

Динамика ведущего синдрома (в баллах)

Антропометр. данные

Дополнительные исследования

До лечения			до	пос-	кат.		до	пос-	кат.
Во время АТ			леч.	ле	набл.		леч.	ле	набл.
При выписке				леч.				леч.	
Катамн. набл.		Спиро-				Арте-			
		метрия				риал.			
						давл.			
Фамилия врача, про-		Дина-				Пульс			
водившего аутотре-		момет-				в покое			
нинг		рия							
		Стано-				Дых.			
		вая				в покое			
		сила							
		Вес							

баллов соответственно шкале ремиссий, принятой врачом. Важно, чтобы шкала ремиссий и система баллирования были действительно едиными для данного врача и лечебного учреждения, иначе невозможно получить сравнимые результаты лечения.

Сведения о выполнении упражнений заимствуются из дневников-отчетов больных, пересчитываются в процентах и заносятся в виде графика на сетку, предусмотренную на оборотной стороне карточки. Там же отмечаются и аутогенные разряды.

Динамика силовых показателей косвенно свидетельствует о развитии волевых качеств тренирующегося. В карточке отражается динамика некоторых физиологических и клинических показателей. Эти графы могут варьировать в зависимости от того, какие показатели подлежат исследованию.

ПСИХОТЕРАПЕВТ КАК РУКОВОДИТЕЛЬ ТРЕНИРОВОК

Врач-психотерапевт осуществляет отбор больных для аутотренинга по медицинским и психологическим показаниям. Он проводит занятия гетеротренинга и руководит самостоятельными заня-

тиями больных. Новые упражнения комплекса осваиваются только под руководством врача во время гетеротренинга. Врач осуществляет контроль состояния больных, корригирует содержание курса аутотренинга, учитывает результаты лечения, а при необходимости назначает дополнительные лечебные мероприятия, как в плане аутогенной тренировки, так и вне его.

Освоить аутогенную тренировку без руководителя очень трудно. Правильно поставить цели аутотренинга и привести в соответствие с ними конкретные приемы тренировки может только специально подготовленный врач-психотерапевт. В противном случае техника аутогенной тренировки может быть извращена, и перегрузки в результате неразумной односторонней тренировки могут принести вред.

Замечено, что чрезмерное «рвение» и стремление к излишней самостоятельности при тренировках часто проявляют психопатические личности ананкастического и шизоидного круга. Нередко они ставят перед собой неразумные или фантастические цели — «стать сильнее всех», «научиться командовать людьми», «обходиться без чужой помощи». Только врач-психотерапевт может ограничить нездоровые тенденции таких больных, корригировать их и не дать этим больным преобладания в группе.

Обычно во время вводной беседы больные просят «указать литературу» для того, чтобы «научиться самостоятельно себя лечить». На Западе с давних пор нет недостатка в таких «самоучителях», рассчитанных на массового потребителя. Можно указать на «Полное руководство к излечению внушением без усыпления» Ф. Эббарда, переведенное с французского языка в России в начале века. Уже в заглавии автор обещает «Возстановление Угасшей Силы Нервов» и избавление от «слабой воли, рассеянности, тоски, подавленности, чувства страха, слабой памяти, бессонницы, расстройства пищеварения» и многого другого.

Освоить аутогенную тренировку «по книжкам» невозможно, так как для этого необходима обязательная, хоть и незначительная, доля гетеросуггестии, источником которой может быть только живой человек — врач-руководитель. Тем не менее, Schultz регулярно публиковал популярные брошюры с перечнем упражнений аутотренинга, пользовавшиеся неизменным успехом (13 изданий с 1935 по 1967 г.). Среди авторов подобных брошюр есть и другие видные психотерапевты: de Bousingen (1961), Kleinsorge (1968). Однако эти издания предназначены не для новичков, а для тех, кто, освоив тренировку под врачебным руководством, продолжает поддерживающие занятия самостоятельно.

По нашему глубокому убеждению, такого рода популярные издания ни в коей мере не могут заменить врачебное руководство. Их задача также важна — популяризировать перспективный метод аутопсихотерапии, дать о нем предварительное понятие, ориентировать, а не обучать.

К личности врача-психотерапевта предъявляются высокие требования. Кроме общих требований, врач-руководитель аутотре-

нинга должен удовлетворять еще и некоторым дополнительным условиям.

Первое из них — отличное владение речью, большой словарный запас, богатство интонаций. По нашему мнению, излишне делить свои интонации на «ваготонические» (успокаивающие) и «симпатикомиметические» (директивные), как это советуют Teigich и Trojan (1959). Тем не менее, интонации врача должны быть согласованы с содержанием его слов. Построение занятий и аргументация врача нуждаются, естественно, в логике, но обязательно в сочетании с адекватной эмоциональностью.

От психотерапевта, руководителя аутогенной тренировки, требуются во время занятий абсолютная простота, естественность и искренность. Словесные формулировки должны произноситься врачом четко, разговорные интонации могут сменяться некоторой приподнятостью речи, допустимы как повелительные, так и успокаивающие интонации, в зависимости от того, что говорит руководитель занятия.

Не следует выучивать занятие по заранее написанному тексту. Каждое занятие является для психотерапевта творческим актом; верные интонации, нужные слова и убедительные образы придут вовремя, если врач будет переживать содержание занятия вместе со своей аудиторией. Ему не следует подавлять свою индивидуальность ни в манере мыслить, ни в манере выражать свои мысли.

Для руководителя тренировки необходим также достаточный уровень знаний. Он должен быть готов ответить на вопросы, часто не имеющие прямого отношения к теме занятия. Уклониться от таких вопросов не всегда возможно, часто это ведет к утрате авторитета. Естественно, однако, что врач не в состоянии претендовать на абсолютное превосходство над любой аудиторией. Это обязывает его уметь управлять группой так, чтобы тема дискуссии оставалась в пределах его компетенции. Впрочем, при некотором опыте нетрудно предусмотреть реакцию аудитории, ее возражения, вопросы, попытки уклониться от врачебного руководства.

В рубрике «Учет больных» упоминалось о ситуации, при которой руководитель тренировки не является одновременно и врачом-куратором тренирующихся больных. Как правило, следует стремиться к тому, чтобы куратором больного и руководителем тренировки было одно и то же лицо; проводя занятия только со своими больными, врач находится с ними в более тесном контакте.

Однако нередко такое положение оказывается практически недостижимым. Если в лечебном учреждении техникой аутотренинга владеет всего один из врачей, то он, естественно, не вправе отказывать больным, направляемым к нему для специализированного лечения. Руководитель тренировки оказывается в положении узкого специалиста, обслуживающего всех больных. Но между аутотренингом и, например, бальнеотерапией или электросном есть существенная качественная разница. Руководитель тренировок не должен забывать о том, что он является психотерапевтом в полном значении этого слова как для «своих», так и для «чужих» больных.

Вместе с тем, он должен не допускать попыток противопоставления «своего» врача «чужому», к которому склонны некоторые ипохондрические больные. Больные и врач не должны забывать о том, что патогенетически обоснованное лечение является целостным процессом, независимо от того, кто его проводит на каждом этапе.

ТЕХНИКА ГЕТЕРОТРЕНИНГА

В предлагаемой нами технике гетеротренинга мы стремимся к максимальной самостоятельности и активности больных — не только в действиях (это предусматривается и другими модификациями), но в побуждениях и мотивациях. Иными словами, мы стремимся во время занятий создать для больных такую ситуацию, при которой они сами ставили бы себе цели упражнений (разумеется, незаметно подсказанные руководителем) и находили бы у себя нужные ощущения «спонтанно», не сформулированные руководителем предварительно. В соответствии с такой установкой и основываясь на нашем понимании механизмов действия аутогенной тренировки, мы тщательно избегаем при гетеротренинге любых действий, которые могут быть расценены больными как попытка внушения.

Больной ставится нами в положение исследователя, который проводит эксперимент на себе самом, не зная заранее его результатов. Условия опыта определяет руководитель. Затем тренирующийся повторяет эксперимент и убеждается, что ощущения, возникшие «спонтанно», закономерны и их можно уверенно вызывать по своему желанию, т. е. полученные результаты являются достоверными. Такая последовательность действий ничем не отличается от реального научного экспериментирования, и позиция исследователя весьма импонирует тренирующимся, даже высоко интеллигентным и критически настроенным.

В соответствии с этим изучение каждого упражнения строится по следующей схеме:

1. Выполнение упражнения (условий эксперимента).
2. Самонаблюдение и фиксация возникших во время упражнения ощущений (определение результатов эксперимента).
3. Самостоятельное повторение упражнений (проверка достоверности эксперимента).
4. Целенаправленное вызывание ощущений, до того возникших спонтанно (проверка повторяемости результатов).

Каждое очередное упражнение осваивается в среднем за два занятия гетеротренинга. Первые два пункта приведенной схемы выполняются на первом из двух занятий; третий реализуется во время самостоятельной тренировки; четвертый — на повторном занятии. При этой схеме тренировки неуместны как императивные приказы, так и словесный самоприказ (что обычно понимается

больными как внушение и «самоугаваривание»). Выполняя упражнение, больные непроизвольно вызывают у себя образы ощущений, т. е. осуществляют сенсорную репродукцию.

Первое занятие. Перед занятием проводится краткая (7—10 мин) беседа. Больным демонстрируется таблица-схема проекции тела в коре головного мозга (см. рис. 3), обращается их внимание на то, что лицо и кисть руки занимают непропорционально много места в кортикальном представительстве тела; следовательно, лицо и рука шлют в мозг наибольшее количество сигналов о своем состоянии. Чем больше сигналов, тем больше возбуждается мозг, и, наоборот, чем возбужденнее мозг, тем больше импульсов шлет он на периферию. Наличие такой связи подтверждается простейшими примерами — тремор пальцев рук при возбуждении и после физической работы; душевное состояние субъекта выражается его мимикой, она так и называется «выражение лица». Но если такая связь действительно существует, то, может быть, возможно добиться самоуспокоения, «успокоив» свои мышцы; если непосредственное самовоздействие на настроение у большинства людей затруднено, то произвольной мускулатурой управлять умеет каждый.

Больным предлагается проверить на практике это утверждение. Так им ставится цель эксперимента.

В ходе практического выполнения эксперимента больным предлагается принять позу отдыха полулежа в кресле или лежа на кушетке (поза «кучера на дрожках» нами не применяется). Расположиться следует свободно и удобно, не застывая в первоначально выбранной позе, чувствуя себя непринужденно («Вы приятно устали на прогулке и развалились в кресле»). Никаких формул спокойствия не дается. Для наибольшего расслабления мускулатуры лица предлагается выполнить «маску релаксации» — мягко опустить веки, свести взор кнутри и книзу на щеки по бокам носа («на цифру 6 воображаемого циферблата часов»), язык мягко приложить к корням верхних зубов изнутри (звук «Т»), дать нижней челюсти слегка отвиснуть, ощутив ее вес, и чуть выпятить ее вперед (звук «В»). Помимо расслабления мимической и жевательной мускулатуры, «маска релаксации» помогает больным сосредоточиться; без тщательного самоконтроля добиться этого сложно координированного положения мышц лица невозможно. Необходимость точно направленного самоконтроля переключает внимание больных в нужном направлении.

Далее больным предлагается расслабить мышцы затылка и шеи, а для этого — ощутить свою голову свободно лежащей на изголовье. Затем больные должны почувствовать, как раскрепощенные руки своим весом оттягивают плечи книзу, а кисти рук свободно свисают с подлокотников. Руководитель тренировки должен дать больным время пережить эти ощущения и проконтролировать их.

После выполнения этой части задания больные обращают внимание на свое дыхание, ощутив его брюшной (диафрагмальный)

характер. Дыхание должно быть свободным и непринужденным, не форсированным, но обязательно брюшным.

В заключение первого занятия больным предлагается тщательно исследовать себя и установить, какие ощущения возникли в результате выполнения упражнений. Характер и локализация этих ощущений не подсказываются, лишь спустя некоторое время можно несколько ограничить область поисков — «Исследуйте руки и ноги, главным образом кисти и ступни».

Этим исчерпывается программа первого занятия. Для выхода из состояния мышечного расслабления больным дается команда: «Сплести пальцы рук перед собой! Вывернуть кисти ладонями наружу! С глубоким вдохом поднять руки со сплетенными пальцами над головой! С резким выдохом опустить руки!»

Занятие оканчивается заполнением протоколов-отчетов. Руководитель ставит вопросы в общей форме, чтобы не подсказывать желательные ответы. Внимание больных сосредоточивается на анализе ощущений в руках и ногах и общего самочувствия.

Перед тем, как распустить группу, врач настойчиво напоминает о том, что самостоятельная тренировка больных до следующего занятия должна состоять в точном воспроизведении действий и ощущений, испытанных во время гетеротренинга.

В перерыве между занятиями врач должен тщательно изучить составленные больными отчеты. Большинство подготовленных предварительными упражнениями тренирующихся успешно справляется с заданием и сообщает, что испытали либо тяжесть, либо тепло в руках и ногах, либо то и другое вместе. Это свидетельствует об удовлетворительном выполнении упражнения; по данным А. Н. Шогама (1965), при выполнении этого упражнения чаще других отмечаются миотонический (преимущественное ощущение тяжести) или вазотонический (ощущение тепла) типы реагирования, а также смешанный, при котором тяжесть и тепло ощущаются с равной отчетливостью.

Наиболее наблюдательные больные сообщают в своих отчетах, что ощущения в руках сильнее, чем в ногах, а справа — выраженнее, чем слева (исключение составляют левши). Нередко отмечается также чувство покалывания («ползания мурашек») по наружному краю кистей. Общее состояние больные характеризуют как приятное, спокойное.

Второе занятие. Занятие начинается с оглашения результатов предыдущей тренировки. Врач констатирует, что большинство тренирующихся справилось с заданием, добившись устойчивого телесного покоя и ощущения тяжести и тепла (допустимо некоторое преувеличение). В последующей краткой беседе выясняется, что при самостоятельной тренировке больные более или менее устойчиво испытывали те же ощущения, некоторая часть из них — даже отчетливее, чем при гетеротренинге, так как их не отвлекала речь врача. Комментируя отчеты больных, врач сообщает, что ощущение утомления на первом занятии вполне естественно и объясняется обилием информации, усвоенной больным. Неудача

некоторых больных объясняется их недостаточным старанием и невниманием.

Далее, врач задает вопрос о том, как можно объяснить стойкое возникновение тяжести и тепла в конечностях. Среди множества различных догадок часть больных выскажет правильное предположение — «за счет расширения сосудов». Эту мысль следует развить, пояснив, что действительно во время выполнения первого упражнения достигается расширение некоторых сосудов, и это является первым шагом к саморегулированию сосудистого тонуса, т. е. к управлению своим артериальным давлением.

Приступая непосредственно к тренировке, врач ставит перед тренирующимся задачу — добиться намеренно того, что ранее возникало само собой.

Начальные этапы тренировки на этом занятии совпадают с программой первого занятия: «Принять удобную позу, установить спокойное и непринужденное брюшное дыхание, выполнить «маску релаксации», раскрепостить мышцы затылка, шеи, плечевого пояса и рук». Далее больным предлагается расслабить мышцы передней брюшной стенки («Сделайте живот мягким и бесформенным, как живот лягушки»). Расслабление плоских мышц грудной клетки и длинных мышц спины не производится, как трудно выполнимое и плохо контролируемое. Следует также расслабить мышцы ягодиц, особенно тщательно мышцы промежности и мышцы ног — раздельно бедер, голеней и стоп. Больному бывает достаточно ощутить в покое соответствующую группу мышц, чтобы добиться ее расслабления.

Далее больным предлагается установить, возникли ли обычные ощущения тяжести и тепла в руках и ногах. Напоминается, что в программе сегодняшнего занятия — преднамеренное вызывание этих ощущений. Объясняется техника такого преднамеренного действия.

Непременное и важнейшее условие всякого действия — это желание его совершить. Чем труднее задача, тем более непрерываемым должно быть желание. Только тот умеет добиваться желаемого, кто умеет хотеть; в этом секрет сильной воли. Но сильно хотеть можно только тогда, когда точно знаешь — чего хочешь; поэтому надо четко представить себе желаемое. Ясно осознанная цель служит сильнейшим волевым стимулом.

Конкретизируя эти рассуждения, следует напомнить больным, что сегодня их цель — произвольно добиться тяжести и тепла в конечностях. Для этого необходимо сильно захотеть и ясно представить себе эти ощущения. А для того, чтобы не давать себе отвлекаться от этой задачи, нужно сформулировать свое желание словами и повторять про себя, как самоприказ.

Врач произносит вслух, а больные раздельно повторяют про себя:

Я очень хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми;
Очень хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми;
Хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми;

Чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми;
Мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми;
Руки и ноги стали тяжелыми и теплыми;
Руки и ноги тяжелые и теплые!

Нетрудно заметить, что эта фраза, повторяемая больными слово в слово, укорачивается при каждом повторении так, что обеспечивает незаметный переход от высказанного самому себе пожелания («Я очень хочу...») к категорическому утверждению («Руки и ноги — тяжелые и теплые!»). По мнению Müller-Hege-тапп (1956), такое построение самовоздействия уверенно «протрясает путь» нужным условнорефлекторным связям. Однако требуется не механическое повторение словесных формул, а эмоционально насыщенное их переживание. При этом условия они не превращаются в заклинание или самоуговаривание, а выполняют свою роль — выражают словом сенсорный образ.

После выполнения этого упражнения больным предлагается установить, повлияло ли оно на их ощущение, стало ли чувство тяжести и тепла отчетливее. Возможны следующие варианты ответов: «Ощущения стали ярче», «Разницу уловить не удалось», «Ощущения потускнели или исчезли совсем». Первый ответ встречается в самоотчетах наиболее часто, последний — крайне редко.

В отличие от школы Шульца мы не отделяем ощущения тяжести от ощущения тепла, объединяя их в единое упражнение.

На этом занятии уместно произвести некоторым больным измерения кожной температуры (датчик прикрепляется к ладони у основания большого пальца (thenar), а также измерения артериального давления (в начале занятия, в середине и после окончания). Результаты измерений убеждают больных в том, что испытываемые ими ощущения объективны.

Занятие заканчивается так же, как предыдущие — потягиванием с резким выдохом, после чего следует заполнение отчетов.

Третье занятие. Цель этого занятия состоит в том, чтобы доказать больным, что они научились добиваться некоего особого состояния, которому нет аналогов в их обычных ощущениях. Для этого используется нарушение чувства времени, наступающее обычно во время фазовых состояний.

Занятие начинается так же, как два предыдущих, — с обсуждения отчетов, заполненных больными накануне. Перед началом тренировки руководитель «вспоминает», что на предыдущем занятии один из больных вел себя нетерпеливо и поминутно смотрел на часы (такие больные всегда найдутся в любой группе). На этом основании («чтобы ничто не отвлекало») врач просит ассистента собрать часы у всех больных и положить на стол. Только после этого начинается тренировка.

На первом этапе она ничем не отличается от предыдущей тренировки, но проводится несколько быстрее, так как отпадает необходимость в объяснениях. Упражнения с произвольным вызыванием тепла и тяжести в конечностях выполняются на этом занятии не под диктовку врача, а по его напоминанию.

Затем группа приступает к дыхательной гимнастике. Она производится согласно словесному подсчету врача по следующей схеме (числителем показана продолжительность вдоха, знаменателем — продолжительность выдоха; третья цифра обозначает продолжительность паузы после выдоха):

$$\text{I этап: } \frac{4}{4} 2; \frac{4}{5} 2; \frac{4}{6} 2; \frac{4}{7} 2; \frac{4}{8} 2.$$

$$\text{II этап: } \frac{5}{9} 2; \frac{5}{10} 2.$$

$$\text{III этап: } \frac{6}{10} 3; \frac{7}{10} 3; \frac{8}{10} 4; \frac{9}{10} 4; \frac{10}{10} 5.$$

$$\text{IV этап: } \frac{9}{10} 4; \frac{8}{9} 4; \frac{7}{8} 3; \frac{6}{7} 3; \frac{5}{6} 2; \frac{4}{5} 2; \frac{4}{4} 2.$$

Таким образом, первый этап дыхательной гимнастики характеризуется постепенным удлинением выдоха до тех пор, пока он не становится вдвое длиннее вдоха; пауза после выдоха равна половине вдоха. Во время второго этапа несколько удлиняются все фазы дыхания; удлинять дыхание более чем до счета 10 не следует, иначе оно станет затруднительным для больных, особенно пожилых. На третьем этапе постепенно удлиняется вдох до тех пор, пока он не поравняется с выдохом. Пропорционально удлиняется и пауза. Во время четвертого этапа продолжительность дыхания постепенно возвращается к исходной.

Каждый счет равен примерно секунде. Паузу после выдоха необходимо тщательно соблюдать во избежание неприятных явлений гипервентиляции. Все упражнение состоит из 19 дыхательных циклов. Его длительность — 5—5½ мин.

Приведенная схема дыхательных упражнений заранее показывается больным, но следует быть готовым к тому, что выполнение дыхательной гимнастики составит известные трудности для некоторых из них. Для известной части больных предлагаемый врачом ритм дыхания оказывается слишком поспешным, для другой — затянутым. Неподготовленные к переменному ритму, больные часто сбиваются и пропускают дыхание, ожидая очередной команды. Однако эти затруднения легко преодолеваются при самостоятельном повторении дыхательных упражнений. Комментируя дыхательную гимнастику, врач поясняет, что при самостоятельном выполнении можно избирать любой удобный для себя ритм, а счет, диктуемый руководителем, является лишь ориентировочным.

После завершения дыхательных упражнений больные должны путем тщательного самонаблюдения установить, какие изменения в ощущениях наступили у них в результате дыхательной гимнастики; они должны также хорошо запомнить эти ощущения, чтобы во время самостоятельной тренировки суметь их воспроизвести.

Окончание занятий — обычное: потягивание и энергичный выдох.

При заполнении дневников-отчетов больным предлагается указать — сколько времени, по их мнению, заняла тренировка (без

Объем информации перед четвертым занятием сравнительно велик (значение дыхательных упражнений, понятие об аутогенном погружении), поэтому вступительная беседа длится больше обычного. Сама же тренировка повторяет предыдущее занятие с той только разницей, что ощущения тепла и тяжести, объединенные аутогенным погружением, вызываются большими без словесного воздействия, при помощи сенсорной репродукции, а для того, чтобы вызвать глубинное тепло в животе, тренирующиеся после дыхательной гимнастики используют прием, освоенный на втором занятии (поставленная цель — глубинное тепло в животе; желание ее добиться; представление желаемого ощущения; вербальный самоприказ).

При выполнении этого упражнения рекомендуется следующая формула:

Я очень хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом;
Очень хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом;
Хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом;
Чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом;
Мой живот прогрелся приятным глубинным теплом;
Живот прогрелся приятным глубинным теплом;
Живот прогрелся приятным теплом;
Живот прогрелся!

Эта формула построена по тому же принципу, что и прежняя.

Далее больным предлагается тщательным самонаблюдением установить степень выполнения очередного упражнения и занятие заканчивается обычным образом. В дневниках-отчетах основное внимание обращается на анализ ощущений тепла в животе.

Пятое занятие. Руководитель тренировки должен предвидеть, что к пятому занятию появятся «отстающие», недовольные своими результатами больные. Если комплекс ощущений, объединенный аутогенным погружением, достигается больными уверенно, и многие из них отмечают у себя II—III фазу погружения, то упражнение «глубинное тепло в животе» выполняется группой лишь на 60—65%. Отрицательные результаты наблюдаются редко, четко положительные также не часты, много сомнительных и частичных результатов. После третьего-четвертого занятия нами отмечен максимум отсева больных главным образом за счет тех больных, которые ожидали немедленного терапевтического эффекта при минимальных собственных усилиях. Камнем преткновения для таких больных оказываются дыхательные упражнения, требующие внимания и настойчивости.

Среди больных других категорий, отличающихся настойчивостью, добросовестностью и волей к здоровью, появляются тоже лица, недовольные достигнутыми результатами. Они, как правило, предъявляют к себе повышенные требования и склонны недооценивать свои усилия. Им следует разъяснить, что четкое выполнение упражнений не самоцель и что проявленное при освоении упражнений упорство является более ценным достижением, так как способствует тренировке воли и активизирует личность. Следует иметь в виду, что

наиболее развитым сенсорным воображением обладают истеричные личности, быстрее других отступающие перед первыми же трудностями. Уместно пояснить недовольным собой больным, что легко достигнутое так же легко и утрачивается.

Необходимо обратить внимание на больных, у которых активные дыхательные упражнения стойко вызывают ощущения дискомфорта. Таких больных рекомендуется подвергнуть дополнительному неврологическому обследованию, провести некоторые функциональные пробы (в частности, ЭЭГ), тщательно собрать анамнез. В большинстве случаев такими больными оказываются либо лица, имеющие в анамнезе закрытую травму мозга и склонные к эпилептиформной активности, либо пациенты, страдающие диэнцефальными пароксизмами органического генеза. Гипервентиляция, вызванная дыхательными упражнениями, может провоцировать у некоторых таких больных ухудшение самочувствия во время занятия. Одним больным можно рекомендовать проводить дыхательную гимнастику менее активно, другим — дыхательная гимнастика отменяется совсем, некоторых пациентов приходится отстранять от продолжения тренировок (имея в виду их отрицательное влияние на остальную группу).

Особняком стоят больные, тренировке которых препятствует засыпание. Они жалуются на то, что не успевают выполнить программу самостоятельной тренировки, так как аутогенное погружение переходит в естественный сон (во время гетеротренинга такие больные, как правило, не засыпают).

Планируя пятое занятие, руководитель должен иметь в виду, что упражнение «тепло в животе» еще нечетко выполняется группой в целом. Следует ввести дополнительный прием, который помог бы устранить это затруднение. Таким дополнительным приемом, предложенным М. С. Лебединским и Т. Л. Бортник, служит предложение проглотить слюну и проследить, как вместе с глотком распространяется в брюшной полости ощущение тепла (Т. Л. Бортник, 1969). Вместе с тем, руководитель тренировки подсказывает больным путь глотка по пищеварительной трубке (пищевод — желудок — тонкий кишечник — толстый кишечник). Это дополнительное упражнение выполняется после дыхательной гимнастики и попыток добиться общего тепла в животе путем словесного самовоздействия («Я очень хочу...» и т. д.).

При заполнении дневников-отчетов врач указывает на то, что почти никто из тренирующихся не смог проследить глоток до конца, поэтому важно, чтобы в отчетах был указан истинный рубеж, до которого он дошел.

Шестое занятие. При обсуждении результатов предыдущего занятия врач указывает на то, что почти никто из больных не проследил движение слюны во всех деталях, что, впрочем, и ожидалось. Вместе с тем, глоток помог большинству тренирующихся более уверенно добиться глубинного тепла в брюшной полости. Выполнение этого упражнения к шестому занятию повышается обычно до 75%.

Далее сообщается, что совсем не сумели выполнить упражнение с глотком — единицы: двое или трое — довели глоток до нисходящей ободочной или сигмовидной кишки, а большинство тренирующихся «потеряли» движение слюны сразу после желудка или в начале тонкого кишечника. Этому наблюдению дается следующее истолкование: большинство больных не могут точно локализовать свои ощущения в определенных частях кишечника, так как не знают анатомии; однако все знают, где расположен желудок и поэтому сумели вызвать в нем локальное тепло. Равным образом, при болезненных ощущениях в полости живота каждый человек точно локализует боль, даже если не знает названия и расположения органа, доставляющего болевые ощущения.

Практическая ценность нового упражнения в том и состоит, что учит вызывать местное тепло в беспокоящем органе и тем самым нормализовать в нем кровообращение. Напоминается о болеутоляющем действии местного тепла (например, грелки). Иллюстрируя свои утверждения примерами, врач разъясняет, что большинство заболеваний внутренних органов вызываются или сопровождаются с самого начала местным расстройством кровообращения (язвенная болезнь, стенокардитический синдром и т. п.).

В связи с этим уместно сообщить больным понятие о так называемой «органотренировке», к которой они приступили, начиная с четвертого занятия. Аутогенное погружение является универсальным, последующие упражнения воздействуют через центральные регуляторные механизмы на более узкую область — определенные органы. Упражнения, освоенные на последних трех занятиях, адресованы органам брюшной полости; цель шестого занятия — овладеть приемами регуляции другого органа. Какого — больные должны установить сами (вновь подчеркивается их роль как исследователей-экспериментаторов).

Тренировка начинается кратким повторением уже освоенных упражнений. Дыхательная гимнастика на этот раз не диктуется врачом, он ограничивается напоминанием о ней и кратким перечислением фаз упражнения. Руководитель должен дать тренирующимся время для самостоятельного выполнения дыхательной гимнастики (5—6 мин). После завершения дыхательной гимнастики следует краткий период самонаблюдения для фиксации в памяти возникших ощущений.

Затем больным предлагается сосредоточить внимание на левой руке и представить ее опускающейся в тепловатую воду. При этом врач подчеркивает, что он ничего не пытается внушать тренирующимся, но больные должны заставить себя вспомнить соответствующие ощущения и вообразить их возможно ярче. Уровень тепловатой воды доводится до запястья, затем тренирующиеся представляют себе эту воду постепенно согревающейся («теповатая — теплая — приятно горячая»). Далее больным предлагается путем тщательного самонаблюдения установить — возникло ли в левой руке ощущение тепла; если да, то в какой части руки это ощущение наиболее ярко. После небольшой паузы, во время которой больные анализи-

руют свои ощущения, задается дополнительный вопрос — не иррадирует ли ощущение тепла куда-либо за пределы левой руки? И в заключение — больные должны определить, какому органу адресовано только что выполненное ими упражнение.

После этого занятие заканчивается обычным образом (потягивание и резкий выдох).

При анализе дневников-отчетов больных выясняется, что большинство тренирующихся сумели добиться ощущения тепла в левой руке. У большинства из них наиболее яркие ощущения тепла локализируются в кисти (пальцы и ладонная поверхность), предплечье, локтевом сгибе и области плечевого сустава у заднего выхода из подмышечной ямки. Некоторые больные сообщают о тепле, струящемся по всей левой руке. Примерно у половины тренирующихся тепловые ощущения иррадируют в левую половину грудной клетки (область сердца), хотя следует быть готовым и к тому, что отдельные пациенты обнаружат дополнительное тепло в самых неожиданных местах. К этим неожиданным находкам больных следует относиться с вниманием, так как нередко они служат дополнительным диагностическим признаком, своеобразно обнаруживая *locus minoris* (например, при психогенной импотенции у мужчин часто констатируется «разогревание» гениталий и даже спонтанная эрекция, «жар в затылке» коррелирует с невралгией затылочного нерва и т. п.). На вопрос о терапевтической цели данного упражнения большинство больных также отвечают правильно, предполагая, что оно направлено на нормализацию сердечной деятельности.

Седьмое занятие. Эту догадку больных надо утвердить при обсуждении их отчетов перед седьмым занятием. Сообщается, что уже врачи древности умели купировать приступы болей в области сердца, погружая левую руку больного в горячую воду, массируя ее или согревая любым иным способом. Современные исследования подтверждают, что ощущение тепла в левой руке сопутствует расширению коронарных сосудов (Л. Л. Васильев и В. А. Подерни, 1930; Elias, 1955; Meier, 1966). Поясняется, что упражнение считается выполненным при возникновении следующих ощущений: тепла только в левой руке, тепла только в области сердца, тепла в левой руке и сердце одновременно. При выполнении этого упражнения неприятные ощущения в области сердца возникают крайне редко; оно может быть рекомендовано не только больным, страдающим функциональными нарушениями сердечной деятельности, но и при органических заболеваниях сердца.

Воображение у разных людей развито неодинаково: одни легче представляют себе тактильные и температурные ощущения, другим легче дается воспроизведение гаптических и моторных образов. Для того чтобы сделать действие рассматриваемого упражнения более универсальным, больным на седьмом занятии предлагается его вариант. Он отличается от предыдущего упражнения не целью, но лишь техникой выполнения.

После краткого повторения всех ранее освоенных упражнений вместо «погружения» левой руки в теплую воду следует вообразить

в левой руке теннисный мяч (возможно подробнее — вес, форму, упругость, шероховатость поверхности, обшитой сукном), воображаемым движением (идеомоторным актом) ритмично «сжимать» мяч синхронно с дыханием (на вдох — выдох — воображаемое напряжение, на следующий вдох — выдох — расслабление). Выполняя это упражнение, больные должны тщательно следить за тем, чтобы движение оставалось воображаемым, не допускать реальных движений или напряжения мышц пальцев и кисти.

Затем врач требует, чтобы тренирующиеся постепенно ускоряли темп воображаемого движения, по возможности не ускоряя темпа дыхания. Это обычно плохо удается, но во всяком случае дыхание должно отставать от идеомоторного акта. Скорость воображаемых движений продолжает увеличиваться до пределов возможного, затем по команде врача они сразу прекращаются. Больным предлагается путем самонаблюдения установить, какие ощущения возникли после прекращения идеомоторного акта. Большинство тренирующихся сообщают в дневниках-отчетах о чувстве заметной мышечной усталости и выраженного тепла в левой руке («рука горит» — пишут многие). Тепловые ощущения иррадиируют также и в область сердца.

Этот вариант упражнения иногда провоцирует сердцебиение и болевые ощущения в области сердца у части ипохондрически настроенных больных, а также у больных, страдающих органическими поражениями миокарда. Поэтому оно применяется с некоторой осторожностью и только после освоения предыдущего варианта. Менять местами шестое и седьмое занятия не следует, чтобы не вызвать у больных страха за сердце и не связать в их сознании болевые ощущения с выполнением данного упражнения. При рекомендуемой последовательности занятий больные знают, что у них есть свобода выбора, и не боятся упражнения: если один из вариантов не удастся или неприятен — они выбирают другой.

Иногда двух вариантов упражнения оказывается недостаточно для того, чтобы научить больных уверенному его выполнению. В этом случае рекомендуется вспомогательное упражнение, которое состоит в том, что больной, вызвав у себя чувство тепла в правой руке, как это делалось на первом-втором занятиях, «перемещает» затем ощущение тепла в левую ногу, правую ногу и левую руку. Это упражнение разучивается на дополнительном занятии. Обычно оно не представляет трудностей.

Восьмое занятие. Регуляция коронарного кровоснабжения и ритма сердечных сокращений в классической схеме Шульца объединяется одним стандартным третьим упражнением. Мы сочли удобным разделить их, так как эти две функции обеспечиваются различными системами регуляции. Для обучения управлению ритмом сердечных сокращений используется прием, заимствованный из комплекса упражнений йогов и нашедший свое физиологическое обоснование у современных исследователей (Jennes a. While, 1937; N Das a. Gastaut, 1957; Kleinsorge, 1961; Jacobs, 1965; Onda, 1967).

Предлагаемое упражнение основано на том бесспорном факте, что ритмы дыхания и сердечных сокращений до известной степени коррелируются рефлекторно. Ритм дыхания легко регулируется произвольно, тогда как ритм сердечных сокращений не подчиняется прямому самовоздействию. Перед тренирующимися ставится задача — попытаться воспроизвести такие ощущения, которые повлияли бы на частоту сердечных сокращений, и проследить, влияет ли частота дыханий на частоту биений сердца.

К выполнению этого упражнения во время гетеротренинга больные приступают после краткого повторения предыдущих упражнений курса, находясь в состоянии аутогенного погружения. Больным указывается на то, что для успешного выполнения этого приема они должны сосредоточить свое внимание на ощущении движения воздуха по носовым ходам во время вдоха и выдоха. Врач, объясняя упражнение, напоминает об этом непрременном условии несколько раз. Затем по команде врача больные осуществляют ритмичное дыхание, стремясь уловить ощущения движения воздуха по носовым ходам. Так как большинство больных тренируются в позе «полулежа», врач далее предлагает им опереться головой на руку, как если бы голова отяжелела. При этом пальцы руки естественно ложатся впереди ушной раковины в районе височной или передней ушной артерии.

Далее руководитель тренировки предлагает подстроить дыхание к пульсу в соотношении 4:1 или 6:1 (два или три удара пульса на вдохе и столько же на выдохе). Пульс контролируется пальцами руки, лежащими впереди ушной раковины, где хорошо прощупываются артерии. Накладывать с этой целью пальцы на лучевую артерию нет необходимости. Затем по команде врача тренирующиеся плавно ускорят дыхание и следят, следует ли ритм пульса за изменяющимся ритмом дыхания. Затем дыхание замедляется и больные снова наблюдают, изменилась ли при этом частота пульса. Так повторяется два-три раза в сторону учащения и замедления дыхания, в результате чего больные получают достаточный опыт и убеждаются, в какой мере удалось им выполнить упражнение.

Этот прием осваивается сравнительно трудно (среднее выполнение — 55—60%). Наиболее частые помехи — возникновение болей в сердце и сердцебиений — наблюдались нами в 14% случаев. Большинство больных отмечают, что регулировать пульс легче в сторону замедления, несмотря на то, что в житейских обстоятельствах учащенное сердцебиение возникает легче. Такое действие упражнения находит свое объяснение в большей «ваготропности» приемов ауто-тренинга.

Это упражнение так же, как и предыдущее, может провоцировать неприятные ощущения у больных, страдающих кардиофобией, и применяется поэтому с осторожностью. Больные должны знать, что для них оно является необязательным, и они решают сами — применять его или не применять.

Девятое занятие. Шестое упражнение классической схемы —

«Мой лоб приятно прохладен» Schultz предлагает своим пациентам на 95—100-й день тренировки (Luthe, 1969, 1970). Аналогичное упражнение, седьмое — в нашем варианте, видоизменено нами близко к модификации Müller-Hegemann (1956). Мы проводим это упражнение на девятом занятии гетеротренинга, после 22—25 дней самостоятельной тренировки в стационарных условиях.

Выполняется оно после краткого повторения программы предыдущей тренировки. Больным предлагается вернуться вновь к ощущениям расслабленных мышц лица («маска релаксации»), зафиксировать эти ощущения и сделать два-три умеренно энергичных вдоха через рот. Струя вдыхаемого воздуха охлаждает слизистую оболочку рта, что отчетливее всего заметно на языке. Далее следует обычное носовое дыхание, но тренирующийся продолжает ощущать в полости рта смену прохлады и тепла — при вдохе прохладу, при выдохе — тепло. При длительной (около 1—1,5 мин) фиксации внимания на этом ощущении тренирующийся замечает, что в верхней части лица (лоб, окружность глазниц, скулы, щеки) возникает чувство прохладного ветерка, нередко столь ясное, что больные в своих дневниках-отчетах жалуются на сквозняк от окна или двери. В последующем они убеждаются в «аутогенности» этого ощущения.

Кляйнзорге и Клюмбиес (1965) предлагают для реализации этого упражнения развернутые формулы самовоздействия, полагая формулу Шульца слишком краткой. Мы считаем, что образного описания нужных ощущений, как правило, достаточно, чтобы большинство больных выполнили упражнение вполне удовлетворительно.

После того как возникло чувство прохлады в верхней части лица, больным предлагается фиксировать ощущение прохладного воздуха в носовых ходах при вдохе. Это близко к тому, что они делали на восьмом занятии, когда стремились добиться регуляции ритма сердечных сокращений. В новой комбинации этот прием приводит к тому, что больные ощущают свое дыхание неожиданно свободным («как будто пленка прорвалась»), что объясняется уменьшением набухания слизистой оболочки носа (Müller-Hegemann, 1957). Одновременно возникает чувство свежести в голове и ясности мысли.

В дневниках-отчетах больные нередко пишут о том, что, выполняя это упражнение, они чувствуют себя, как человек, сидящий в теплой ванне с прохладным компрессом на лбу. Как было отмечено еще Schultz (Luthe, 1969, 1970), длительное ощущение такого температурного контраста обладает стойким транквилизирующим действием и купирует вазомоторные головные боли.

Однако при выполнении этого упражнения некоторая часть тренирующихся (9,2%, по нашим наблюдениям) испытывает усиление головных болей вместо их ослабления или исчезновения. Кляйнзорге и Клюмбиес (1965) объясняют это чрезмерным сужением мозговых сосудов в результате ощущения холода и рекомендуют в таких случаях представлять ощущение тепла. Обычно это приводит в оптимальное равновесие сосудистую систему данной области и прекращает головную боль. Müller-Hegemann (1957) считает, что

с помощью этого упражнения можно не только предупредить, но и прервать уже начавшийся мигренозный приступ.

Этим упражнением на девятом занятии заканчивается курс аутогенной тренировки первой ступени. Но больным необходимо сообщить хотя бы предварительное понятие о приемах моделирования настроения и дать установку для длительной самостоятельной поддерживающей аутопсихотерапии, без которой немислимы сколько-нибудь устойчивые ремиссии. Поэтому мы проводим с группой еще одно, десятое, занятие и заканчиваем курс обязательной заключительной беседой.

Десятое занятие. Цель занятия — моделирование настроения по подсказанной цепочке ассоциаций — больным заранее не сообщается. После краткого, не более чем на треть занятия, выполнения стандартных упражнений, больным называется предмет, имеющий определенную окраску и ассоциирующийся у всех с определенным цветом; например: небо — голубое; апельсин — оранжевый; песок — желтый; лист — зеленый и т. п. Этот предмет выбирается руководителем тренировки с таким расчетом, чтобы его цвет соответствовал тому настроению, которое предполагается моделировать, имея в виду эмоциональное значение каждой из частей спектра (см. стр. 120). Необходимо также считаться с временем года и временем дня, так как при первоначальном разучивании нового упражнения внешние условия должны соответствовать содержанию упражнения.

Предположим, что занятие проводится в утренние часы солнечного весеннего дня и что врач ставит задачей создание бодрого жизнерадостного настроения. Для этого уместно выбрать предмет, окраска которого близка к красной части спектра — оранжевый апельсин. Больным называется это слово и предлагается мысленно повторять его, не вдумываясь в его смысл. После нескольких мысленных повторений в воображении больных неизбежно возникает более или менее четкий зрительный образ оранжевого апельсина. Затем врач подсказывает цепочку ассоциаций, в которых оранжевый цвет (не апельсин) присутствовал бы органично — солнечное летнее утро в первый день отпуска, оранжевый солнечный свет, желтый песок пляжа и т. п. Больным предлагается вжиться в ситуацию, создаваемую их воображением, и отметить, соответствует ли их настроение этой ситуации. Большинство отвечают на этот вопрос утвердительно.

Для более стойкого эмоционального эффекта можно использовать и воздействие музыки, включив магнитофон с записью соответствующего музыкального отрывка, в данном случае песенки Ирмы Сохадзе «Оранжевое небо, оранжевое море...».

Таким образом, посредством нейтрального слова создается эмоционально значимый образ, формирующий заданное настроение. Дневники-отчеты больных свидетельствуют о том, что этот прием доступен большинству из них.

Подробный разбор этого упражнения, являющегося, по сути, упражнением второй ступени, на десятом занятии не проводится.

Заключительная беседа помогает больным самостоятельно проанализировать значение отдельных компонентов упражнения и сознательно ими пользоваться. Поэтому больные должны быть предупреждены о том, что заключительная беседа для них не менее важна, чем занятия гетеротренингом. После такого предупреждения они охотно приходят, внимательно слушают и даже конспектируют заключительную беседу.

Заклучительная беседа. Задача заключительной беседы — обобщить достигнутое больными, научить их оперативно использовать приемы аутотренинга не только в специфических условиях лечебного учреждения под руководством врача, но и самостоятельно, в обыденной жизни, а также дать установку для применения упражнений высших ступеней тренировки. Заклучительное собеседование не должно носить характер академической лекции, это — деловое обсуждение.

Больным напоминает о том, что в начале курса они были предупреждены о нежелательности выдумывания «своих» упражнений так же, как и о невозможности освоить аутотренинг без руководства. Теперь же, освоив курс первой ступени, они имеют право несколько видоизменять упражнения, приспособляя их к своим потребностям и возможностям. Для этого необходимо соблюдать некоторые общие правила.

Первым таким правилом является регулярность тренировок. Аутотренингом необходимо заниматься независимо от общего самочувствия, не ожидая для этого периодов полного благополучия, но и не используя аутогенную тренировку только как «неотложную помощь». В связи с этим подчеркивается значение аутогенной тренировки для предупреждения ухудшения состояния. Неразумно, почувствовав себя здоровым, прекращать тренировку. Достигнув удовлетворительных результатов, можно рассматривать аутотренинг не только как лечебный, но и профилактический метод, особую психическую гимнастику.

Следовательно, поддерживающей аутогенной тренировкой следует заниматься неопределенно долго. Частота таких самостоятельных поддерживающих занятий — один-два раза в день.

Второе правило — тщательный самоконтроль во время выполнения любых упражнений аутотренинга. Пусть упражнение выполняется неоднократно и возникающее при этом ощущение хорошо известно заранее, все равно тренирующийся должен изучать себя при этом так же тщательно, как на первом занятии. Бездумное, автоматическое выполнение упражнений сводит на нет корректирующее действие тренировки. Для того чтобы аутогенная тренировка не стала автоматической, следует время от времени изменять содержание самостоятельных занятий, варьируя упражнения. Нет необходимости каждый раз повторять весь комплекс упражнений. Обязательными являются лишь приемы, вызывающие аутогенное погружение. Кроме того, в течение дня по мере необходимости можно выполнять и отдельные элементы упражнений, не требующие полного аутогенного погружения.

Для того чтобы помочь больным в обоснованном выборе таких приемов при различных обстоятельствах, следует кратко напомнить им действие основных упражнений.

Ощущения тяжести и тепла в мышцах влекут за собой отдых и транквилизацию, местное тепло купирует боль, дыхательная гимнастика обладает многообразным действием, регулируя сердечные сокращения, способствуя общему успокоению, уменьшая боли в брюшной полости, а также нередко и головные боли. Самоконтроль над мышцами лица способствует поддержанию спокойствия. Следует обратить внимание больных на то, что дыхательную гимнастику можно проводить в двух основных вариантах — «утреннем», мобилизующем (длинный вдох и короткий выдох), и «вечернем», успокаивающем (короткий вдох и удлиненный выдох). Представление познания способствует мышечной мобилизации, помогает преодолевать вялость; особенно полезен этот прием при артериальной гипотонии, так как вызывает повышение кровяного давления.

При утомлении следует расслабиться, при неожиданном волнении или иной отрицательной эмоции — расслабить напрягшиеся при этом группы мышц и, в первую очередь, мышцы лица. Состояния раздражения и гнева помогает купировать дыхательная гимнастика с удлиненным выдохом. Дыхание с удлиненным вдохом и коротким энергичным выдохом способствует самомобилизации.

Моделирование настроения, управление им может осуществляться как при помощи простых следовых образов, так и путем конструирования более сложных представлений. Мы уже упоминали об эмоциональном воздействии цвета и цветовых представлений. Больным сообщают, что длинноволновая часть спектра (красный, оранжевый и желтый цвета) действует возбуждающе, если представления яркие, и мобилизующе, если представления менее интенсивны. Коротковолновая часть спектра (зеленый, голубой, синий и фиолетовый цвета) действует соответственно угнетающе или успокаивающе.

Звуковые (музыкальные) следовые образы оказывают действие по двум каналам: ритмом и мелодией. Ритмы вальса ($\frac{3}{4}$) успокаивают, ритмы марша ($\frac{2}{4}$, $\frac{4}{4}$) помогают мобилизоваться. Знакомая мелодия воздействует на эмоции, вызывая ассоциации, напоминая о пережитых эмоционально важных для больного событиях. Так как вызывать музыкальные следовые образы (т. е. вспоминать) можно только с помощью знакомой музыки, то ее ассоциативное действие является в данном случае определяющим.

Нужные ассоциации могут вызвать и воспоминания о запахах, однако, по нашим наблюдениям, вызывание таких следовых образов обычно достигается с трудом. Эмоциональное действие тактильных следовых образов также существенно, но приемы преднамеренного их вызывания изучены еще недостаточно.

Тем не менее, вызывание таких простейших следовых образов недостаточно для действенного эмоционального самовоздействия. Этот прием следует расценивать как подготовительный. Воображе-

ние тренирующихся, подготовленное курсом аутотренинга первой ступени, легко справляется с этой задачей.

Для моделирования настроения необходимо комплексное самовоздействие, примером которого может служить использование в десятом занятии упражнения со словом «апельсин». Сюжет «апельсин — оранжевый цвет» является только примером одного из многих возможных вариантов, а не образцом для обязательного повторения. Можно использовать любой другой цветовой образ, адекватный заданному настроению. Но принципиальная схема упражнения должна, тем не менее, оставаться неизменной. Посредством выбранного слова воссоздается зрительный образ, затем — ситуация, которые «окрашиваются» и «озвучиваются». Таким образом моделируется настроение.

Следует предупредить больных, что овладение этими приемами требует постепенности, настойчивости и целеустремленности, т. е. длительного времени. Эти условия не только обеспечивают выполнение упражнения, но, в свою очередь, способствуют тренировке воли, воображения, внимания.

КОМПЛЕКСНЫЙ КУРС

При лечении некоторых неврозов, особенно так называемых системных неврозов и кортико-висцеральных заболеваний, в ряде случаев оказывается недостаточно упражнений первой ступени и возникает необходимость применения более специализированных упражнений. В таких случаях при необходимости назначается предложенный нами индивидуально-коллективный комплексный курс, при котором больные посещают занятия гетеротренинга и, кроме того, самостоятельно выполняют назначаемые им индивидуальные упражнения (Г. С. Беляев, 1966а).

Упражнения комплексного курса строго индивидуальны и назначаются применительно к синдрому невроза. Выделяются следующие виды упражнений.

Дыхательная гимнастика в различном ритме массирует брюшные органы, устраняет явления гипоксии, дисциплинирует эмоционально-волевую сферу и внимание. Показана при эмоциональном напряжении, нарушениях сердечного ритма, расстройствах сна, психогенных нарушениях дыхания, системных неврозах желудочно-кишечного тракта.

Упражнения в представлении тепла являются расширенными стандартными упражнениями, применяемыми соответственно конкретному синдрому. Помимо дилатации коронарных сосудов, эта группа упражнений вызывает ощущение локального тепла и показана в тех случаях, когда необходимо добиться расширения периферических кровеносных сосудов — местного и общего (при облитерирующем эндартериите, при гипозрексционном синдроме психогенной импотенции, при повышении артериального давления различного генеза).

Представление прохлады показано при некоторых формах сосудистых головных болей, а также при болезненных состояниях, обусловленных пониженным артериальным давлением.

Последовательное мышечное расслабление (по Jacobson) эффективно при расстройствах сна, эмоциональном напряжении. Дифференцированная релаксация применяется при неврозах, сопровождающихся спазмом мускулатуры; ее лучше сочетать с представлением тепла и с дыхательными и гимнастическими упражнениями. Эта группа упражнений дает хорошие результаты при нейроциркуляторных расстройствах. Относительно хороший эффект отмечен при психем спазме, вагинизме и астазии-абазии.

Сюжетное воображение предлагается больным с преобладанием образного мышления, страдающим неврозами страха, ожидания и некоторыми видами фобий, — перед сном после общих упражнений аутотренинга больной тренируется, представляя тревожную для него ситуацию такой, какой он хотел бы ее видеть, и себя в этой ситуации на высоте положения. Сюжетное воображение является как бы репетицией в благоприятных условиях того, что страшит больного. Сюжетное воображение должно быть патогенетически обосновано тщательным анализом психогении и предлагаться уже хорошо тренированным больным.

Самоутверждение — вариант сюжетного воображения, предлагаемый больным с преобладанием рассудочного мышления. Цель этого приема — рациональное самоободрение больного. Таким образом, он сходен с разясняющей психотерапией, проводимой самим больным по заданию врача. Больному дается определенная тема для размышления. Путем анализа возникающих перед ним трудностей через самообсуждение, самоободрение (в некоторых случаях — и самопорицание) больной должен прийти к самоактивации и самоутверждению. Данное ему задание он может выполнить устно (в беседе с врачом, в группе во время «интервью») или письменно (реферат). Лучший прием — собеседование в малой группе с использованием метода «психотерапевтического зеркала» (С. С. Либих, 1966). Правильно проведенный прием самоутверждения помогает больному преодолеть конфликт с окружающей средой. Эффективен этот прием при некоторых фобиях, а также в ряде случаев при сексуальных неврозах.

Задания сюжетного воображения и самоутверждения следует составлять с таким расчетом, чтобы больной не возвращался к пережитым неудачам и чтобы не провоцировать его на болезненное самокопание. Следует утверждать здоровье, а не отрицать болезнь («Я буду здоров!» вместо «Я не буду болеть!»). Во всех случаях необходим тщательный анализ психогении совместно с больным. Сюжетное воображение и самоутверждение должны обязательно подкрепляться «делом» — упражнениями функциональной тренировки.

Воспитанные привычки позволяют вытеснить болезненную навязчивость безвредным ритуалом, сравнительно мало тяготящим больного, так как он понимает, что может управлять новой привычкой.

Рекомендуя, например, в нечетные дни все начинать с левой стороны, а в четные — с правой (одеваться, бриться в определенном порядке и т. п.), мы помогаем больному создать индифферентную привычку, замещающую болезненный ритуал тем успешнее, чем дальше она вначале от содержания навязчивости. Этот прием сочетается со специальными гимнастическими упражнениями и функциональной тренировкой, убеждающей больного в том, что он может преодолеть болезнь.

Специальные гимнастические упражнения являются оздоровительной и тонизирующей гимнастикой (главным образом для внутренних органов). Улучшая самочувствие и расширяя физические возможности больного, они способствуют преодолению ипохондрической настроенности. Больные при выполнении упражнений должны отчетливо «переживать» каждое движение. В таком виде они тренируют волю, память, управление телом, дисциплинируют эмоциональную сферу.

Упражнения можно заимствовать из различных гимнастических систем применительно к возможностям пациента. Они назначаются врачом или методистом ЛФК и выполняются индивидуально. Специальная гимнастика в комплексе с другими лечебными мероприятиями дает наилучшие результаты при астено-ипохондрическом синдроме и неврозах с выраженной желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой симптоматикой.

Упражнения с воображаемыми предметами усиливают самоконтроль, тренируют волю, активизируют внимание. Этот прием рекомендуется при лечении некоторых форм невроза навязчивых состояний. Бросая воображаемый мяч, растягивая воображаемый эспандер, поднимая воображаемый груз или закладывая за спину воображаемую палку, нужно «ощущать» сопротивление реального предмета и тщательно следить, чтобы напрягались нужные мышцы.

Эти упражнения можно оформлять несложным сюжетом: танец с воображаемым партнером, борьба с «тенью», выступление перед воображаемой аудиторией и т. п.

Идеомоторная тренировка близка к предыдущей группе упражнений. Она широко применяется спортивными тренерами (Л. Д. Гиссен, 1968). Идеомоторные акты состоят в тщательном переживании воображаемых движений, как простых, так и сложных. Для идеомоторной тренировки характерно мобилизующее «симпатикомиметическое» действие. Ее приемы тренируют самоконтроль, внимание и волю. Если же выбирать при идеомоторной тренировке такие движения или комплексы движений, которые реально не удаются больному или страшат его, этот прием можно успешно применять при лечении логоневрозов и некоторых форм невроза навязчивых состояний как предварительный этап перед функциональной тренировкой.

Функциональная тренировка (М. С. Лебединский, 1959, 1971) — завершающий этап лечения и реабилитации почти при всех формах неврозов. При фобиях она обязательна, и ее содержание подсказывается содержанием фобии. При системных неврозах — это чаще

*Схема модифицированной
(репродуктивная)*

№ занятия	Содержание занятий	Основной прием
	Вводная беседа — сообщение предварительных сведений о методе,ности больных.	Методические и органи Формирование
1	Вступительная беседа. Маска релаксации, расслабление скелетной мускулатуры	Самонаблюдение
2	Анализ достигнутых результатов. Дальнейшая тренировка мышечного и сосудистого тонуса	Сенсорная репродукция, само-наблюдение, самоприказ
3	Анализ достигнутых результатов, повторение освоенных упраж-нений, дыхательная гимнастика	Сенсорная репродукция, само-наблюдение, самоприказ, актив-ное дыхание
4	Понятие об аутогенном погру-жении, значение дыхательной гимнастики. Повторение освое-ных упражнений	То же
5	Анализ и повторение освоенных упражнений	Сенсорная репродукция, «гло-ток слюны», самонаблюдение
6	Понятие о «тренировке орга-нов», повторение освоенного уп-ражнения для дилатации коро-нарных сосудов (I прием — «те-плая вода»)	Направленное воображение, сенсорная репродукция, само-наблюдение
7	Анализ физиологического дей-ствия упражнения. Упражнения для дилатации коронарных со-судов (II прием — «мяч»)	Идеомоторный акт, самонаблю-дение, активное дыхание
8	Анализ и повторение освоен-ного, специальные дыхательные упражнения в «носовом» дыхании	Активное дыхание по специаль-ной схеме; самонаблюдение (одно-временное наблюдение за деятель-ностью сердца и дыхания)
9	Анализ и повторение освоен-ного, специальные дыхательные упражнения, вызывающие про-хладу и тепло в полости рта, в области лба и верхней части лица	Дыхательная гимнастика по специальной схеме; сенсорная репродукция; направленное сю-жетное воображение; самонаблю-дение
10	Анализ и повторение освоен-ного; использование направлен-ного сюжетного воображения	Сенсорная репродукция; сю-жетное воображение

З а к л ю ч и т е л ь н а я б е с е д а — обобщение пройденного, обучение от-ных сенсорных представлений на формирование настроения; рекомендации второй ступени.

Лечебное представление	Цель занятия	Дополнительные приемы
механизмах его действия — для стимуляции активационные указания. лечебной группы		Подготовительные упражнения: брюшное дыхание, идеомоторные акты, регулирование мышечного тонуса
Ощущение мышечного расслабления и телесного покоя	Установить связь между тономусом мышц и ощущением покоя	
Генерализованное ощущение тяжести и тепла	Обучение произвольному формированию ощущений тяжести и тепла	
Глубинное тепло в брюшной полости	Достижение аутогенного погружения, регуляция дыхания. Первое упражнение органотренировки	Проверка «чувства времени»
То же	Преднамеренное вызывание ощущения глубинного тепла в брюшной полости	Отдельные упражнения «комплексного курса» по индивидуальным показаниям
Локальное тепло в брюшной полости	Преднамеренное вызывание генерализованного и локального тепла в брюшной полости	То же
Тепло в левой руке и области сердца	Установление связи между вызванными ощущениями и возникшими в области сердца ощущениями	То же и функциональная тренировка
Идеомоторные представления, тепло в левой руке и области сердца	То же	То же
Установление связи между ритмом дыхания и частотой сердечных сокращений	Регуляция ритма сердечных сокращений по ритму дыхания	» »
Ощущение человека, сидящего в теплой ванне с холодным компрессом на лбу	Борьба с вазомоторными головными болями, уменьшение набухания слизистой носа и верхних дыхательных путей. Транквилизация без сонливости. Активизация корковой деятельности, восстановление умственной работоспособности	» »
Преднамеренное вызывание цветовых и слуховых (музыкальных) следовых образов, воссоздание воображаемой заданной ситуации	Обучение приемам моделирования заданного эмоционального фона	» »
дельным «сокращенным» приемам аутотренинга, разъяснение влияния отдельных самостоятельной тренировки и поддерживающих занятий с элементами		

всего дозированная нагрузка на страдающие органы. Функциональная тренировка должна быть постепенной, во избежание срыва.

Комплексный курс выходит за рамки собственно аутотренинга, так как включает в себя приемы других лечебных методик. Аутогенная тренировка в этом курсе объединяет такие приемы в единую систему упражнений. Примером хорошо адаптированного специализированного комплексного курса является комплексный метод лечения взрослых заикающихся по А. А. Мажбицу (1965).

Таким образом, модифицированная нами система аутогенной тренировки состоит из семи упражнений, разучиваемых в группе на 9—10 занятиях, и параллельных упражнений комплексного курса, назначаемых и выполняемых индивидуально. Распределение отдельных элементов этой системы по этапам лечения изображено на следующей схеме (табл. 6).

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ТЕХНИКА АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ («РЕПРОДУКТИВНАЯ ТРЕНИРОВКА»)

Используемая нами техника аутотренинга соединяет в едином комплексе приемы, заимствованные из других модификаций аутогенной тренировки и смежных психотерапевтических систем, и вновь предложенные приемы. Эта техника, оказавшаяся при клинической и статистической проверке более эффективной сравнительно с иными модификациями, позволила сделать некоторые обобщения, касающиеся механизмов действия аутогенной тренировки и ее лечебных возможностей.

Высокодифференцированная нервная система человека нуждается для своего функционирования в оптимальных, неизменных в определенном диапазоне условиях, т. е. в постоянстве внутренней среды организма. Эти условия обеспечиваются сложнейшими приспособительными механизмами, возникшими в процессе эволюции. Проблемы нейро-гуморальной регуляции этой приспособительной системы изучались многими выдающимися физиологами, в частности Du Bois Reymond (1900). И. П. Павлов и его школа утвердили приоритет нейрогенных влияний в этой системе управления. Работы В. М. Бехтерева (1893, 1898, 1904, 1929) способствовали формированию идеи гомеостаза (Саллоп, 1929) и пониманию мозга как самоорганизующейся и самоуправляющейся системы (Вулдридж, 1965; Винер, 1968). Привлечение идей кибернетики в физиологию позволило выдвинуть концепцию адаптивного поведения (Г. Селье, 1960; Reichardt, 1961; У. Р. Эшби, 1962).

При острых экстремальных или длительных неблагоприятных условиях автоматические приспособительные механизмы, приобретенные филогенетически, могут оказаться недостаточными. Возникает необходимость в дополнительных приемах, способствующих

сохранению оптимальных условий функционирования организма, т. е. в приемах саморегуляции, приобретенных онтогенетически, путем самообучения и тренировки, упражнения. Напомним в связи с этим, что принцип обучения и упражнения понимается многими исследователями как основной принцип психотерапии (Б. Н. Бирман, 1930; Schultz, 1937; Irle, 1962).

Саморегуляция осуществляется на основе сложной переработки мозгом информации, поступающей от экстеро- и проприорецепторов. Обучение приемам саморегуляции осуществляется путем имитации определенных функциональных условий, воспроизведения сигналов от рецепторов. Иными словами, для того, чтобы произвольно воздействовать на функцию какого-либо органа или системы органов, надо целенаправленно вспомнить (репродуцировать) те ощущения, которые сопряжены с нужным режимом работы данного органа или системы.

СЕНСОРНАЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Такую *сенсорную репродукцию* многие склонны понимать как результат самовнушения. Однако не всякое психическое самовоздействие можно считать самовнушением. Психическое самовоздействие следовало бы разделить более четко, чем это обычно делается, на самовнушение (аутосуггестию) и самоубеждение и самовоспитание (аутодидактику). Это, по нашему мнению, имеет немаловажное практическое значение.

В. М. Бехтерев (1904) противопоставлял внушение убеждению: «Вопреки словесному убеждению, обыкновенно действующему силой своей логики и непреложными доказательствами, внушение действует путем непосредственного прививания психических состояний, т. е. идей, чувствований, ощущений, не требуя вообще никаких доказательств и не нуждаясь в логике». Внушение совершается без активного волевого соучастия лица, воспринимающего внушение.

Самовнушение — частный случай внушения. Liebaulf (1886) и Bernheim (1888) не видели принципиальной разницы между ними. К. И. Платонов (1926) определял самовнушение как «явление внушающего действия со стороны следовых корковых процессов», причем самовнушение не контролируется осмысленным восприятием и подчиняется главным образом эмоциональным влияниям подкорки. Субъект и объект самовнушения объединены в одном лице, что симулирует «автономность» самовнушения. На самом же деле «первопричина всякого самовнушения вне субъекта» (П. М. Зинovieв, 1934).

Все определения самовнушения подчеркивают то обстоятельство, что оно зависимо от внешних причин, не контролируется интеллектом и логикой и, следовательно, не является целенаправленным волевым актом.

Вторая форма психического самовоздействия — самоубеждение, в отличие от самовнушения, осуществляется при помощи логиче-

ских операций на основе жизненного опыта. Оно имеет определенную цель, поставленную самим субъектом и им осознаваемую. Самоубеждение (самовоспитание) является волевым актом. Внимание при самоубеждении и самовоспитании фиксируется целенаправленно, а осознанная цель служит мощным волевым импульсом (Kretschmer, 1958; А. Ц. Пуни, 1958, 1969). Самоубеждение в процессе тренировки становится приемом самовоспитания.

Такой прием психического самовоздействия, как сенсорная репродукция, может выполняться при помощи и самовнушения, и самоубеждения. Но если в первом случае оно не контролируется сознанием и волей, то во втором — осуществляется целеустремленно.

Поясним эту мысль примерами:

1. Lévy (1898) сообщает о смерти приговоренного к гильотинированию и ожидавшего казни от случайного удара мокрым полотенцем по затылку, удара, который сам по себе не мог быть смертельным. Ф. Эббард приводит случай излечения истерического паралича у больного, принявшего термометрию *per rectum* за новый эффективный метод терапии. Г. Флобер, описывая самоубийство Эммы Бовари, ощущал у себя все клинические признаки отравления мышьяком.

2. Б. Паскаль избавлялся от приступов «нестерпимой зубной боли» (невралгия тройничного нерва?), отвлекаясь решением сложных математических задач. И. Кант преодолевал депрессивные состояния целеустремленной и упорной интеллектуальной деятельностью.

Этими и подобными случаями обычно иллюстрируют явления самовнушения. Тем не менее, очевидно, что механизмы психического самовоздействия в первой и второй группах приведенных примеров различны; их психологическое значение и психотерапевтическая ценность различны.

Признаки различных приемов психического самовоздействия представлены нами в табл. 7.

ТАБЛИЦА 7

Сравнительные признаки приемов психического самовоздействия

Признаки	Приемы психического самовоздействия	
	аутосуггестия	аутодидактика
Цель	Не осознается	Ясно осознается
Инициатива	Чаще извне	Чаще внутренняя
Воля	Подавляется	Стимулируется
Разум и опыт	Препятствуют	Способствуют
Логические доказательства	Отсутствуют	Широко используются
Критика и самоконтроль	Снижены	Повышены
Эмоции	Преобладают	Подкрепляют
Общее влияние на личность	Не активирующее	Активирующее

Итак, следует признать самовнушение (в несколько суженном понимании) пассивным процессом, не способным в полной мере активировать личность больного. Самоубеждение и самовоспитание являются активными и активирующими приемами психического са-

мовоздействия и, таким образом, в большей степени соответствуют задачам, которые стоят перед аутогенной тренировкой.

В. М. Бехтерев (1911) учитывал недостаточность пассивного самовнушения; ему принадлежит понятие «мотивированное самовнушение», обозначающее методику, которая является активным (преднамеренным) психическим самовоздействием, использующим систему мотиваций. Н. В. Иванов (1959, 1963), деятельно разрабатывающий эту методику психотерапии, считает ее частью активизирующей психотерапии.

Под термином «аутодидактика» мы понимаем психическое самовоздействие, осуществляемое целенаправленно и повторяемое регулярно. В таком понимании аутодидактика является основой аутогенной тренировки, а сенсорная репродукция служит ведущим приемом, реализующим аутодидактику. На этом основании модифицированную нами технику аутотренинга можно понимать как психотерапевтическую систему, упражняющую целенаправленную сенсорную репродукцию, т. е. как *«репродуктивную тренировку»*.

Суммируя вышесказанное, можно следующим образом представить механизм саморегуляции, достигаемый при помощи аутотренинга:

1. Приемы аутогенной тренировки реализуются мысленной сенсорной репродукцией. Первоначальный эффект тренировки достигается мышечной релаксацией на основе гаптических образов, так как скелетная мускулатура подчиняется непосредственному волевому импульсу.

2. Значительное сокращение афферентной импульсации в результате мышечного расслабления приводит к состоянию «аутогенного погружения», фазового состояния, родственного «предсну», но не равнозначного ему, так как субъект в этом состоянии не утрачивает самоконтроля и инициативы, что подтверждается электроэнцефалографически (Israel e. a., 1964, и наши исследования). Аутогенная тренировка останавливается на этой промежуточной стадии, гипноз идет дальше — за пределы, где vigильность уже невозможна. А. Л. Эпштейн (1934) и В. Е. Рожнов (1958) показали возможность «парциального» перехода в фазовое состояние без утраты бодрствования и при наличии у одного и того же субъекта одновременно фаз различной глубины. А. С. Ромен (1967б) доказал зависимость между глубиной аутогенного погружения и возникновением следовых сенсорных образов.

3. Воздействие на вегетативную сферу осуществляется при помощи представления эмоционально окрашенных следов ощущений и образов, связанных с нужным изменением работы органов (М. Н. Валуева, 1966). Эти представления и образы подсказываются психотерапевтом, поскольку тренирующийся, как правило, такой связи адекватно не осознает. Аутогенное погружение облегчает целенаправленную сенсорную репродукцию.

4. Основным приемом сенсорной репродукции является образное мышление (В. А. Гиляровский, 1949; Б. Г. Ананьев, 1960). Вербальная внутренняя речь играет вспомогательную роль.

5. С помощью аутогенной тренировки достигается тренировка памяти, воображения, активного внимания и воли. Таким образом, аутотренинг даже на низших ступенях приводит при регулярном применении к активирующей перестройке личности больного. По нашему мнению, в отличие от точки зрения А. Н. Шогамы (1968), сенсорная репродукция является основой как низших, так и высших ступеней аутотренинга.

КОМПЛЕКС ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ

Этот комплекс является одной из основных особенностей нашей модификации. Дыхательная гимнастика выполняет многообразные функции в этой модификации, способствуя мышечной релаксации, дисциплинируя внимание, помогая регулировать эмоциональное состояние, минуя формулы самоуспокоения.

Физиологический механизм влияния дыхания на функциональное состояние нервной системы изучен довольно подробно. Ритмичное форсированное дыхание понижает возбудимость некоторых нервных центров и способствует мышечной релаксации (Fuchs, 1959). Дыхательный центр ритмично изменяет проведение афферентной импульсации по стволу мозга (А. И. Ройтбак, 1955). Импульсы, исходящие из дыхательного центра, распространяются по экстраталамическим путям выходной системы ретикулярной формации и влияют на тонус коры больших полушарий. На функциональное состояние нервной и мышечной системы влияют отдельные фазы дыхания (Fuchs, 1949, 1950). О. А. Черникова (1965) рекомендует укороченный выдох и удлиненный вдох как мобилизирующий прием, а удлиненный выдох с укороченным вдохом — как транквилизирующий. В соответствии с этой рекомендацией, подтвержденной и нашими наблюдениями, мы используем «утреннее» (мобилизирующее) и «вечернее» (успокаивающее) дыхательные упражнения. При органотренировке мы используем рефлекторную связь дыхательных движений с характером сердечной деятельности (Jennepes a. While, 1937).

Влияние дыхательной гимнастики на эмоциональное состояние тренирующихся, на способность к концентрации внимания отмечено многими авторами (Fengler, 1961). С помощью ритмичного дыхания тренирующиеся переключают внимание и незаметно для себя добиваются стойкого эмоционального выравнивания. Этим приемом удается преодолеть негативизм больных, возникающий у них при применении формул самоуспокоения. Транквилизирующее действие дыхательной гимнастики объясняется, по литературным данным, помимо переключающего и отвлекающего действия ритмичного дыхания, парасимпатическим эффектом за счет раздражения окончаний блуждающего нерва, богато представленных по ходу дыхательных путей (Jennepes a. While, 1937; А. И. Ройтбак, 1955).

По нашим наблюдениям, ритм сердечных сокращений и артериальное давление при дыхательных упражнениях нормализуются

полнее. Повышение кожной температуры, косвенно свидетельствующее и о полноте расслабления скелетной мускулатуры, наступает быстрее и в большей степени во время дыхательной гимнастики (см. рис. 8, 9, 10).

Дыхательные упражнения обладают и общеоздоровительным действием, сказывающимся на самочувствии. Брюшное дыхание захватывает все этажи легких и является физиологически оправданным. Спирометрические показатели после курса дыхательной гимнастики увеличиваются на 15—30%. Чередование повышенного и пониженного внутрибрюшного давления при диафрагмальном дыхании массирует органы брюшной полости, улучшая их кровоснабжение, препятствуя дискинезиям, атонии, энтероптозу, спазмам гладкой мускулатуры кишечника. Улучшается деятельность пищеварительного тракта, ослабевают болевые ощущения, что подтверждается дневниками-отчетами больных.

Активные дыхательные упражнения делают неудобной «позу кучера», при которой экскурсии диафрагмы ограничены. Вместе с тем активное дыхание противопоказано некоторым категориям больных, так как способно провоцировать эпилептиформные припадки и диэнцефальные кризы.

МОДИФИКАЦИЯ СЛОВЕСНЫХ ФОРМУЛИРОВОК

Выполнение упражнений аутогенной тренировки связано с возникновением у тренирующихся определенных представлений. Развернутые образные формулировки, не диктующие, но описывающие нужные ощущения, эффективнее императивных формул. В первом случае есть основание рассчитывать на действенную тренировку основных нервных процессов у больных. Во втором случае техника гетеротренинга сближается с методом самовнушения по Куэ со всеми присущими этому методу недостатками. Развернутые образные формулировки дают возможность приспособить содержание занятия к особенностям тренирующихся и сократить время, необходимое для усвоения сложных упражнений.

На основании этих развернутых формулировок, предлагаемых врачом во время гетеротренинга, тренирующиеся формируют у себя сенсорные представления. При самостоятельном повторении упражнений они зачастую формулируют для себя и индивидуальные вербальные формулы, но это не является обязательным, а лишь вспомогательным приемом.

Возникающая при таком проведении гетеротренинга *ситуация эксперимента*, проводимого самими тренирующимися, импонирует большинству больных и в значительной мере облегчает и ускоряет усвоение ими упражнений. По объективным данным указанная особенность нашей модификации позволяет больным лучше концентрировать внимание, так как требует от них большей активности как во время гетеротренинга, так и во время самостоятельной тренировки.

В результате дидактической перестройки гетеротренинга и самостоятельных занятий существенно уменьшается суггестивное влияние врача и достигается большая активация больных. Клинические наблюдения и их статистическая обработка показали, что эффективность методики повысилась. Главнейший клинический показатель — индекс эффективности лечения (ИЭЛ) — возрос на 20%. Следует сказать о значительном уменьшении отсева тренирующихся, которого нам удалось добиться. М. С. Лебединский (1971) справедливо считает отсев больных показателем главным образом дефектов работы психотерапевта. Однако, если сопоставить различные варианты техники аутогенной тренировки, проводимые одним и тем же врачом, то можно с достоверностью сравнивать не дефекты работы разных врачей, а недостатки и преимущества той или иной модификаций психотерапевтической методики в одних и тех же руках. Последовательно изменяя технику тренировки, мы добились уменьшения отсева среди наших больных почти в 8 раз по сравнению с классической схемой (с 37,1 до 4,7%) (Г. С. Беляев, 1971). В данном случае улучшение этого существенного показателя можно целиком отнести за счет улучшения техники тренировки, т. е. ее приспособления как к больным, так и к возможностям врача.

УСКОРЕННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРИЕМАМ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Обучение упражнениям первой ступени аутогенной тренировки составляет 9—12 занятий гетеротренинга и продолжается 4—5 недель в стационаре или 2—3 месяца при амбулаторном лечении. Не всегда врач и больной располагают таким длительным временем, особенно при стационарном лечении. В этих случаях, а также тогда, когда некоторые больные отстают от группы, возникает необходимость ускорить обучение как отдельным упражнениям, так и всему курсу в целом.

Упражнения первой ступени не требуют от больных ни яркого воображения, ни необычных волевых усилий. Курс аутотренинга рассчитан на человека обычных способностей, и в беседах с больными мы всячески подчеркиваем это обстоятельство. Однако психотерапевт, руководитель тренировки, не должен исключать из группы тех больных, чье тусклое сенсорное воображение, недостаточная способность концентрировать внимание или ослабленная воля делают тренировку затруднительной.

В связи с этим необходимо подчеркнуть, что обучение упражнениям аутотренинга еще не есть лечение при помощи аутогенной тренировки. Занятия гетеротренинга являются главным образом инструкторными и в меньшей степени лечебными. Ускорение обучения аутотренингу еще не означает ускорения самого лечения

(Schultz, 1940). Между выполнением упражнений и их лечебным действием нет параллелизма. Однако ощущение больным успешно выполненной задачи стимулирует его волю и усердие.

Ускорение освоения курса аутотренинга в целом может быть достигнуто при помощи повышения способности больного к воспроизведению следовых образов, т. е. к сенсорной репродукции (Р. Г. Наталзе, 1945). Освоение упражнений курса улучшается с помощью вспомогательных приемов. Таким образом, для ускоренного обучения аутотренингу приходится решать две задачи.

Первая из них состоит в стимуляции сенсорной репродукции. Следовые образы могут быть успешно вызваны приемами прямой суггестии как в бодрствующем, так и в гипнотическом состоянии, и для решения этой первой задачи можно прибегнуть к предварительному обучению упражнениям аутотренинга в гипнозе. Лишь на втором этапе обучения тренирующийся выполняет уже освоенные упражнения при помощи обычных приемов. При этом несколько снижается «рациональный», аутодидактический компонент тренировки, но достигнутый субъективный эффект стимулирует у отстающих больных доверие к методу. Ранее мы стремились показать, что с увеличением доли суггестии в технике аутотренинга уменьшается его активирующее действие на личность. Это утверждение представляется нам справедливым, но характерологические и личностные особенности некоторых больных делают применение суггестии в некоторых случаях показанным.

Я. Р. Гасуль (1961, 1964) рекомендует комбинировать аутогенную тренировку с гипнотерапией, чередуя занятия аутотренинга с сеансами гипноза, что, по его мнению, повышает не только усвояемость упражнений, но и их лечебный эффект, особенно при лечении психогений (1965). С. С. Либих (1967) начинает занятия аутогенной тренировки краткими гипнотическими сеансами, во время которых больным внушаются ощущения, соответствующие разучиваемым упражнениям. Затем упражнения повторяются в состоянии бодрствования. С. С. Либих рассматривает гипнотическое воздействие только как вспомогательный прием и избегает лечебных внушений в гипнозе. При такой методике реализация упражнений может быть понята как постгипнотическое внушение.

Klumbies (1952) и Kretschmer (1949) комбинируют аутотренинг с аутогипнозом; Langen (1967) поэтапно сочетает аутогенную тренировку, гипноз и самовнушение. По его мнению, занятия аутогенной тренировкой усиливают гипнабельность. А. Л. Гройсман (1969) считает эффективным сочетание аутотренинга с наркопсихотерапией. А. А. Мажбиц (Г. С. Беляев и А. А. Мажбиц, 1970) включает в комплексный курс лечения взрослых заикающихся сочетание аутотренинга с императивным внушением в бодрствующем состоянии по К. М. Дубровскому.

Вторая задача возникает в том случае, когда при общем удовлетворительном выполнении упражнений аутотренинга больному не удается какое-нибудь одно упражнение. В этих случаях хорошо помогает освоить это упражнение безусловное подкрепление его

(С. С. Либих, 1967б). Так, например, при затруднении с разучиванием первого стандартного упражнения (тяжесть, мышечное расслабление) уместно рекомендовать вспомогательные упражнения, чередующие напряжение и расслабление различных мышечных групп, в том числе и упражнения последовательной релаксации (di Pol, 1968). Если больному плохо удается воспроизведение ощущения тепла (второе стандартное упражнение), можно предложить ему предварительно погружать руки (или ноги) в теплую ванну или прогревать их рефлектором и только потом, по мере закрепления условнорефлекторных связей, ограничиваться мысленными представлениями. При выполнении третьего упражнения стандартной схемы (тепло в области сердца) также можно воспользоваться рефлектором или грелкой, прогревая ими левую руку (но не область сердца!). Разучивая пятое упражнение (тепло в области солнечного сплетения) можно применить грелку, при освоении шестого (прохлада в области лба) — бесшумный настольный вентилятор.

По нашему мнению, приемами безусловного подкрепления следует пользоваться как можно меньше, во всяком случае — не дольше, чем это необходимо для фиксации в сознании и памяти нужных ощущений. При правильном построении занятий гетеротренинга не возникает существенных затруднений при разучивании упражнений. Наибольший эффект оказывают развернутые формулировки психотерапевта, не только подсказывающие и называющие реализуемое ощущение, но образно и ярко его описывающие. Руководитель тренировки должен найти для этого достаточно красочные образы и выразительные слова.

Основным фактором, определяющим усвоение как всего курса в целом, так и отдельных упражнений аутотренинга, является хорошо продуманный и рационально проведенный подготовительный период. Если больной хорошо понимает стоящие перед ним задачи и испытывает доверие к методу лечения, он, как правило, достаточно активно сотрудничает с психотерапевтом в процессе лечения.

По нашим данным, при правильном построении подготовительного периода почти не бывает больных, отстающих от группы настолько, чтобы они нуждались в дополнительном разучивании упражнений. Стремясь ускорить курс обучения, не следует увлекаться суггестивными приемами. Тренировка должна оставаться аутогенной, ибо в этом ее основное активирующее действие на личность.

СОЧЕТАНИЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ С ДРУГИМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ

Для того чтобы эффективно сочетать аутогенную тренировку с другими методами лечения, т. е. правильно определить ее место в лечебном процессе, следует иметь в виду, что эта методика не может претендовать на самостоятельную роль и обязательно является одним из звеньев комплексных терапевтических методов.

Аутогенная тренировка в настоящее время перестала быть вспомогательной психотерапевтической методикой. Как сумма приемов, воздействующих на личность больного и, в известной мере, корригирующих личность, она играет роль и патогенетической психотерапии. Однако применять ее уместно на строго определенном этапе, иначе больной будет недостаточно подготовлен к восприятию необходимой лечебной информации и окажется неспособным к тому минимуму активности, который необходим для аутогенной тренировки.

Комбинации аутотренинга с другими методами лечения практически неисчерпаемы. Тем не менее, эти сочетания подчинены определенным общим принципам и управляются известными закономерностями.

Так как овладение приемами аутотренинга нуждается в предварительной подготовке, и лечебное действие этой методики малоэффективно при острейших проявлениях заболеваний, ее применение в начальном периоде лечения не показано (Langen, 1953). Длительность курса аутогенной тренировки делает необходимым не только последовательное, но и параллельное (одновременное) сочетание аутотренинга с другими методами лечебного воздействия. И, наконец, комплексное сочетание различных лечебных методов в едином терапевтическом процессе делает не только возможным, но и зачастую обязательным «кооперирование» врачей различных специальностей, из которых только один является непосредственным куратором больного («бригадный метод» — «team-work») (Artunkal, 1971).

Следовательно, метод аутогенной тренировки нуждается в следующих условиях:

- 1) психологической и психотерапевтической подготовке;
- 2) предварительном смягчении острейших проявлений заболевания;
- 3) подкреплении и усилении лечебного действия аутотренинга при помощи других терапевтических методов.

Необходимость оптимального решения этих задач и определяет последовательность применения терапевтических методов на различных этапах лечения. Принятая нами поэтапная схема комплексного лечения с применением аутогенной тренировки приводится в табл. 8.

Разумеется, приведенная схема не может быть жесткой. Она не исчерпывает всех применяющихся методик. В зависимости от особенностей больного лечебные методики могут комбинироваться различным образом и переходить в другие этапы. Так, например, функциональная тренировка, трудовая терапия, лечебная физкультура и кинезиотерапия могут назначаться уже с первого лечебного этапа, в зависимости от состояния больного. Конкретные назначения определяются соответствующими показаниями.

Этап лечения	Используемый прием	Характер применения
1. Предварительный	Опрос, сбор анамнеза	Индивидуальная беседа
2. Первый лечебный этап	Обсуждение с больным причин возникновения заболевания	» »
	Биологическое лечение	Индивидуальные назначения
3. Второй лечебный этап	Обсуждение с больным путей преодоления патогенной ситуации и плана лечения	Индивидуальная беседа
	Текущие психотерапевтические беседы	» »
	Санитарно-просветительная работа	Коллективные беседы
4. Заключительный этап лечения	Тренирующие и обучающие психотерапевтические методики (аутогенная тренировка)	Коллективно-групповые занятия
	Вспомогательные психотерапевтические методики	Коллективные и индивидуальные сеансы
	Тренирующие и обучающие психотерапевтические методики	Главным образом коллективные занятия
	Неспецифические психотерапевтические методики	Главным образом коллективный метод

СОЧЕТАНИЕ С ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Как явствует из сказанного, аутогенная тренировка постоянно сочетается с *разъясняющей и патогенетической психотерапией*. Индивидуальные и коллективные разъясняющие беседы этого вида проводятся регулярно во время всего курса лечения. По содержанию их можно разделить на две группы. Беседы первой группы являются неспецифичными для аутогенной тренировки. Они помогают

с применением аутогенной тренировки

Цель используемого приема	Вид лечебного воздействия	Дополнительные мероприятия
Ознакомление с больным, предварительная диагностика, выявление патогенеза заболевания	Предварительное корригирующее	Лабораторные и функциональные исследования
Окончательное выявление психогении, формулирование окончательного диагноза и плана лечения	Разъяснение, убеждение	Назначаются по индивидуальным показаниям на протяжении всего курса
Смягчение проявлений болезни	Медикаментозные и физиотерапевтические назначения; симптоматическое и казуальное лечение	
Первоначальная активация больного; создание лечебной перспективы, подкрепляющая психотерапию	Разъяснение, убеждение	
Разъяснение больному вопросов, возникающих в процессе лечения	Коррекция, разъяснение, ободрение. Дальнейшее патогенетическое лечение	Мероприятия второго этапа применяются последовательно и параллельно
Текущий контроль состояния больного		
Устранение дефицита информации; первоначальная коллективная психотерапия	Патогенетическое лечение	
Симптоматическая и патогенетическая психотерапия	Органотренировка; активация и коррекция личности	Продолжение биологического лечения
Симптоматическое и психотерапевтическое лечение	Гипноз; косвенное внушение; плацеботерапия	
Симптоматическая и патогенетическая психотерапия, стабилизация ремиссии, реабилитация больного	Аутогенная тренировка, комплексный курс; имаготерапия	Поддерживающее медикаментозное лечение
Стабилизация ремиссии, трудовая и социальная адаптация	Музыкотерапия; гипноз — отдых; трудовая терапия. Поддерживающие занятия аутогенной тренировки	

вскрыть психогению, преодолеть конфликтные и психотравмирующие ситуации или изменить отношение к ним. Беседы второй группы тесно связывают эти общие задачи с лечением аутотренингом и с частными задачами, решаемыми в процессе тренировок. Такие беседы следует проводить не прежде, чем больные самостоятельно подошли к нужным выводам, о чем можно судить по их поведению во время гетеротренинга и по их дневникам-отчетам. Так, например, лишь после того, как больные в своих отчетах отметили достигнутые на занятиях успокоение и освобождение от

внутреннего напряжения, можно в специальной беседе обратить их внимание на транквилизирующее действие дыхательной гимнастики, мышечной релаксации или сюжетного воображения, подчеркнув, что с помощью этих приемов больные овладели действенным приемом самоуспокоения.

В ходе таких бесед как первой, так и второй группы (в индивидуальном и коллективном вариантах) широко используются приемы так называемой «подсказывающей (намечающей) психотерапии». Суть этого приема состоит в том, что те или иные корригирующие установки даются больному не в окончательном виде, а лишь в виде первоначально намеченных положений, с тем, чтобы сам больной имел возможность «додумать» их самостоятельно. По мнению С. С. Либиha (1967a), этот прием весьма продуктивен, так как он усиливает активность больного в процессе психотерапевтического воздействия.

О сочетании аутогенной тренировки с гипнозом и внушением *наяву* уже говорилось. Оно применяется весьма широко, так как расширяет сферу воздействия на больного (Kretschmer, 1947; Langen, 1971). По нашему мнению, такое сочетание лучше применять реже, соотносясь с личностными особенностями пациента, как вспомогательный и симптоматический лечебный прием, так как всякая прямая суггестия снижает активность больного. Следует напомнить, что ауто- и гетеросуггестия в той или иной степени всегда присутствует в курсе аутотренинга.

Комбинируя аутогенную тренировку с *музыкотерапией*, следует различать музыкотерапию как отдельную психотерапевтическую методику и музыкальное сопровождение других психотерапевтических методик (В. Я. Ткаченко, 1966). Необходимо отметить, что музыкотерапия в ее «чистом» виде доступна лишь специально подготовленным врачам, так как она требует специальных музыкальных способностей и знаний. Если же обеспечено достаточно квалифицированное руководство занятиями музыкотерапией, то ее комбинирование с аутогенной тренировкой весьма желательно. Эмоциональное воздействие музыки весьма действенно (Völgyesi, 1965). Лечебное и гигиеническое значение музыки отмечал В. М. Бехтерев (1916), В. Я. Ткаченко (1966), В. Б. Полякова (1967), Л. С. Брусиловский (1969, 1971) и др.

Включать музыкотерапию в лечебный комплекс можно сравнительно рано — на втором лечебном этапе, а в некоторых случаях и на первом этапе. Музыкальное сопровождение занятий гетеротренинга уместно, на наш взгляд, во второй половине курса аутогенной тренировки. Действие музыки как фактора, формирующего настроение, очевидно, но ее применение наталкивается на ряд существенных трудностей (Teirich, 1958). В первую очередь следует считаться с различным восприятием музыки больными: некоторые равнодушны к ней или не понимают ее, в редких случаях она раздражает. Органичное слияние слов руководителя с музыкой и возникновение действенного эмоционального единства наступает у разных больных одновременно, и это также необходимо учитывать

(Б. М. Теплов, 1945). Нелегко и подбор репертуара: музыкальное произведение должно возбуждать у тренирующихся сходные ассоциации для того, чтобы обеспечить достаточно универсальное эмоциональное воздействие (Х. Кляйнзорге и Г. Клюмбиес, 1965).

Музыкальными отрывками можно предварять занятия гетеротренинга, заканчивать его или же включать их как музыкальный фон. При этом можно использовать магнитофон, проигрыватель или поручать музыкальный аккомпанемент музыканту из числа больных. Включать музыкантов-профессионалов в состав такой группы не следует: они воспринимают игру других исполнителей слишком критически. Аутогенная тренировка с музыкальным сопровождением уместнее всего при тренировке психических функций, в частности при обучении моделированию настроения.

Сочетание аутогенной тренировки с *групповой гимнастикой* мы рассматриваем в разделе психотерапевтических методик, так как придаем значение не только общеоздоравливающему действию двигательной активности как таковой, но и чисто психотерапевтическим аспектам гимнастических занятий в группе: воспитанию положительной привычки к телесным упражнениям и, таким образом, к укреплению воли; развитию ритмических способностей и умения владеть своим телом; выработке осанки.

Психотерапевтическое действие гимнастики подчеркивают многие авторы (Leibig, 1961; Юнова и Knobloch, 1966; И. З. Вельвовский, 1968). Психотерапевтическое воздействие телесных упражнений усиливается в том случае, когда они сочетаются с направленным воображением, т. е. если каждое движение не только оформлено сюжетом, но и глубоко прочувствовано (А. К. Анохин-Росс, 1912; Kleinsorge, 1961; Yamaoka, 1967; С. Г. Файнберг, 1969).

Элементы *имаготерапии* органически входят в принятую нами модификацию курсового лечения аутогенной тренировкой и мы не разделяем эти два психотерапевтических приема. И. Е. Вольперт (1968) считает предложенный им метод имаготерапии не только независимым от аутотренинга (что вполне справедливо), но и несовместимым с ним при одновременном применении, что спорно. Автор предлагает использовать имаготерапию длительно на завершающих этапах лечения и в качестве поддерживающей терапии.

Косвенное внушение рассматривается как мощное симптоматическое средство лечения, не гарантирующее, однако, от рецидивов заболевания. Эффективная профилактика рецидивов достигается поэтапным сочетанием косвенной суггестии с последующим курсом аутогенной тренировки: косвенное внушение одномоментно ликвидирует симптом невроза, а последующая длительная аутогенная тренировка помогает активировать и перестроить личность больного (Alnaes, 1966).

Аутотренинг обязательно комбинируется с *функциональной тренировкой*, которая должна завершать лечение неврозов и пограничных состояний при любой схеме терапии. Конкретное содержание упражнений функциональной тренировки зависит от особенностей заболевания. Особенно эффективна она при разного рода фобиях.

СОЧЕТАНИЕ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Медикаментозная терапия не конкурирует с психотерапией (Hoch, 1959). Она разнообразно комбинируется с аутогенной тренировкой как причинное, симптоматическое и общеукрепляющее лечение. Назначается она на самых ранних этапах лечебного процесса и продолжается в течение всего курса лечения, изменяясь в зависимости от состояния больного. Рассматривать каждое из возможных медикаментозных назначений нет необходимости. Однако фармакодинамическое действие некоторых препаратов, часто используемых в клинике неврозов и пограничных состояний, может непосредственно влиять на результат аутогенной тренировки (Skobba, 1960).

Снотворные и наркотические препараты, принятые незадолго перед тренировкой, снижают уровень бодрствования и активное внимание и тем препятствуют успешному выполнению упражнений аутотренинга. Аналогичное действие оказывают *нейролептики* группы фенотиазина. К. И. Мировский (1965а) считает их массивное применение несовместимым с аутогенной тренировкой. По его мнению, согласуемому и с нашими наблюдениями, прием этих препаратов должен назначаться ограниченно и только по четким показаниям. Одним из таких показаний является необходимость купировать состояние стресса (Haward, 1967).

Малые транквилизаторы (мепробамат, элениум, триоксазин) не оказывают, по нашим наблюдениям, выраженного тормозящего действия при тренировке и не препятствуют сколько-нибудь заметно выполнению упражнений. Это подтверждается литературными данными (Muhlfelder а. о., 1959; Toll, 1960).

Антидепрессанты (мелипрамин, тофранил, триптолизол) не только не препятствуют усвоению упражнений, но часто заметно повышают эффект тренировки (Lesse, 1962; К. И. Мировский, 1965а). При соответствующих показаниях мы охотно назначаем параллельно с аутогенной тренировкой транквилизаторы в комбинации с антидепрессантами.

Комбинация аутогенной тренировки с *малыми дозами инсулина* — без превышения начальных степеней гипогликемии — дает сравнительно хорошие результаты при лечении фобий, особенно при сочетании с нейролептиками. При применении этой комбинации следует иметь в виду, что представление тепла в брюшной полости изменяет содержание сахара в крови (Marchand, 1963), поэтому, во избежание осложнений, между купированием гипогликемического состояния и занятием аутогенной тренировкой должно пройти не менее двух часов.

Плацеботерапия параллельно с аутогенной тренировкой используется нами чаще всего при стойких расстройствах сна, сопровождающихся привыканием к снотворным и страхом не уснуть без лекарства; аналогичным образом действует комбинация плацебо с аутотренингом при псевдодизэнцефальном и кардиофобическом синдромах и состояниях тревоги (Segal e. Shapiro, 1959).

СОЧЕТАНИЕ С ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ

Широко сочетаются с аутогенной тренировкой и физиотерапевтические процедуры (Biancani, 1953). Выбор их диктуется, во-первых, специальными показаниями к физиотерапии и, во-вторых, ее значением как косвенного внушения, особенно в тех случаях, когда интеллектуальный уровень некоторых ипохондрических больных ниже среднего уровня группы.

Электросна хорошо сочетается с аутогенной тренировкой, особенно при невротических состояниях, сопровождающихся эмоциональным напряжением и расстройством сна. Отмечено взаимно усиливающее действие аутотренинга и электросна (А. С. Веригина, 1969; Koegler а. о., 1971). Оно выражено в большей степени, если больной во время сеанса электросна вызывает у себя состояние аутогенного погружения. Faure (1969) придает диагностическое значение содержанию ассоциаций, возникающих при этом, и считает, что они способствуют аутогенному отреагированию.

Применяется комбинация аутогенной тренировки с иглотерапией (Wang Su-Kai а. Chen Wei-Bing, 1959; О. В. Домогорова, Б. Д. Карвасарский и В. К. Мягер, 1969), однако этот вопрос изучен еще недостаточно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКОЙ

Осваивая новый метод лечения, врач неизбежно видоизменяет в большей или меньшей степени отдельные приемы осваиваемого метода. При этом возникает необходимость сравнения исходных и модифицированных приемов для суждения об обоснованности внесенных изменений с точки зрения достигнутого повышения лечебного эффекта.

Для такого сопоставления необходимо выбрать адекватные критерии, способные с достаточной точностью и объективностью отразить результаты внесенных изменений. В противном случае сравнение окажется недостоверным, а суждение о преимуществах модифицированных приемов — неверным. Все это в полной мере относится к аутогенной тренировке.

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Показатели результатов лечения можно условно разделить на косвенные и прямые. Косвенные показатели указывают на некоторые частные явления, которые влияют на результаты лечения. Прямые показатели свидетельствуют о непосредственных терапевтических результатах выбранного лечебного метода.

Ранее (см. раздел «Предварительные условия тренировки», стр. 89—90) были описаны некоторые такие критерии, используемые нами для контроля лечебного процесса и его результатов. В качестве косвенных показателей мы использовали отсев больных, не завершивших лечение аутогенной тренировкой, и уровень выполнения ими упражнений. Важнейшим прямым критерием является непосредственный результат лечения больного (достигнутая ремиссия) или — для групп больных, объединенных каким-либо признаком (диагнозом, методом лечения и т. п.) — средняя ремиссия, *индекс эффективности лечения (ИЭЛ)*, а также некоторые производные ИЭЛ.

Отсев больных, выраженный в процентах к общей численности группы, является адекватным и чувствительным показателем успешности применяемой психотерапевтической методики, в том числе и аутогенной тренировки. Для уменьшения отсева путем изменения приемов аутотренинга необходимо изучить конкретные причины отказа больных от лечения, которые они приводят, объясняя свое нежелание лечиться предложенной им методикой. Эти причины можно объединить в несколько достаточно типичных групп:

1. Раздражение или иные неприятные эмоции, возникающие во время тренировки.
2. Недостаточный контакт с врачом.
3. Неверие в метод лечения.
4. Отсутствие ожидавшегося эффекта.
5. Невыполнимость предлагаемых упражнений.
6. Непонимание цели упражнения.
7. «Ненужность» тренировки.
8. Неприятные телесные ощущения, возникающие во время тренировки.
9. Недостаток времени для тренировки.
10. Случайные бытовые причины.

Жесткий отбор больных по признакам психологической пригодности и сужение медицинских показаний могли бы существенно уменьшить отсев. Однако это одновременно сузило бы и терапевтический диапазон аутотренинга. Кроме того, даже приближенный анализ мотивации больных показывает, что большинство приводимых ими причин отказа от лечения зависит от дефектов метода и недостатков работы руководителя тренировки. Поэтому уместнее другой путь для уменьшения нежелательного отсева — приспособление и улучшение техники тренировки. Так возникают первоначальные изменения техники тренировок, проводимые под контролем не только цифр отсева больных, но и конкретных причин, его вызывающих.

Успешное выполнение упражнений — второй косвенный, но достаточно чувствительный критерий действенности выбранной техники аутотренинга. Как уже было показано, он является определяющим для любой тренирующей и обучающей психотерапевтической методики. Его легко выразить цифровым показателем (процентами),

определив полное выполнение соответствующего упражнения в 100%, частичное или неполное выполнение (за $\frac{2}{3}$) — в 67%, сомнительное выполнение (на $\frac{1}{3}$) — в 33%, а полную неудачу в выполнении — 0. Оценку выполнения производит врач на основании письменных отчетов больных после каждого занятия. При таком баллировании возможность субъективных ошибок как тренирующегося, так и врача не очень велика.

Под контролем этого показателя могут быть предприняты дальнейшие изменения техники аутотренинга.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Достижение наиболее полной и длительной ремиссии является конечным результатом усилий врача и наиболее существенным показателем успешности его лечебной работы. Для сравнительной оценки результатов лечения различными методами или вариантами какой-либо методики изучаемые явления должны оцениваться в единой системе строго определенных критериев, так как только такой подход дает возможность использовать измерители равной степени точности и оперировать не только объективными, но и сопоставимыми величинами.

Известно, что объективная оценка результатов лечения представляет существенные трудности в психиатрии и в особенности в клинике неврозов и пограничных состояний (Haas, 1960). Этой цели, в частности, служит метод градуированных «шкал оценок» («gating scales»), который в применении к психиатрии предложили в 1915 г. Kempf и Maueg. Градации оценок могут выражаться числовыми величинами (баллами), которые впоследствии подвергаются математической обработке.

Градуировка показателей, т. е. степень подробности «шкалы суждений», также может быть различной. Чаще других применяются 5—9-балльные шкалы, которые считаются методически и психологически наиболее обоснованными (Дж. А. Миллер, 1964, 1964а). Такие шкалы достаточно подробны, чтобы не пропустить серьезных изменений состояния больного и, вместе с тем, не чрезмерно «мелки», так как с увеличением числа градаций возрастает опасность субъективных ошибок в оценке (Ю. Л. Нуллер, 1964). Система оценки ремиссий психозов по М. Я. Серейскому (1939), широко применяемая в нашей стране, представляет собой шестибалльную шкалу.

Так называемые «аналитические шкалы» рассматривают динамику отдельно взятых признаков болезни. Многие исследователи отдают предпочтение «глобальным» шкалам, которые оценивают состояние больных на основании обобщенного клинического критерия (Paredes a. o., 1966). Оценка «в целом», без дробления на отдельные симптомы, позволяет избежать искажения целостной клинической картины и нивелировки отдельных признаков болезни. Уже упоминавшаяся шкала М. Я. Серейского — пример такой «глобальной» шкалы.

Мы предложили (Г. С. Беляев, 1969а) оценивать результаты лечения больных неврозами и пограничными состояниями при помощи глобальной пятибалльной шкалы, основанной на градуированной оценке функционального состояния больных. В дальнейшем (1971) оказалось более удобным принять более чувствительную семибалльную шкалу того же типа. Для этой шкалы были установлены следующие критерии и обозначения:

«0» — смерть больного, вызванная изучаемым заболеванием;

«1» — болезненное состояние, влекущее за собой полную и длительную утрату трудоспособности, соответствующую признакам инвалидности I и II групп; *значительное ухудшение* при рассмотрении в динамике;

«2» — кратковременная, но частая утрата трудоспособности или длительное снижение трудоспособности с изменением условий труда по признакам инвалидности III гр.; *незначительное ухудшение* при рассмотрении в динамике;

«3» — *кульминация заболевания*, вынуждающая обратиться за медицинской помощью; при наблюдении в динамике — *состояние без перемен* сравнительно с началом лечения;

«4» — неполное восстановление преморбидной трудоспособности с сохранением уровня социальной адаптации; при наблюдении в динамике — *незначительное улучшение*, выражающееся в ослаблении болезненной симптоматики;

«5» — восстановление преморбидной трудоспособности (практическое выздоровление) при эпизодическом поддерживающем лечении; *значительное улучшение* — для динамического наблюдения;

«6» — полное восстановление преморбидной трудоспособности и социальной адаптации без необходимости поддерживающего лечения; *выздоровление* — полное устранение проявлений болезни.

Предлагаемая шкала ремиссий оценивает состояние больного по функциональным признакам (трудоспособности и социальной адаптации). Она близка к системе оценок ремиссий по Stokvis (1959). Шкала содержит 7 градаций: три отрицательных («0», «1» и «2»), одну нейтральную («3») и три положительных («4», «5» и «6»). Терапевтическая и статистическая ценность различных ремиссий неодинакова — она уменьшается при ухудшении состояния и возрастает при улучшении или выздоровлении. На этом основании каждая ремиссия имеет свой коэффициент оценки, совпадающий в предложенной схеме с индексом ремиссии. Так, ремиссия «0» имеет коэффициент, равный нулю; ремиссия «1» — равный единице и т. д. Применяя коэффициенты оценки, мы установим, что по своей статистической ценности каждый случай ремиссии «4» равен двум случаям ремиссий «2», случай ремиссии «2» и случай ремиссии «3» равны в сумме случаю ремиссии «5» и т. д.

Глобальные шкалы оценок имеют свои достоинства и свои недостатки. Четкость и определенность психометрических шкал несколько искусственны; объем информации при пользовании ими ограничивается. Метод недостаточно чувствителен к изменению отдельных симптомов. Определение ремиссий и все последующие подсчеты исходят из допущения, что к началу заболевания все больные находились в кульминации заболевания и были в равной степени нетрудоспособны; фактическая разница начальных уровней заболеваний и степень функционального дефекта не учитывается.

Тем не менее, степень точности и достоверности выбранных приемов достаточна для практических целей, неизбежные погрешности не выходят за допустимые пределы. Таким образом, описанный метод определения ремиссий соответствует тем задачам, какие он должен решать. Следует упомянуть, что не всегда представляется возможным оценивать ремиссию по функциональному признаку. В некоторых случаях изменение состояния больного оценивается с помощью психологических тестов (Б. М. Сегал и Л. Н. Собчик, 1968).

ПРИЕМЫ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Используя приведенную выше шкалу ремиссий, можно сравнивать результаты лечения при различных методах терапии и таким образом решать вопрос о выборе оптимальной психотерапевтической техники. Однако сопоставление нескольких ремиссий разного значения в разновеликих группах может быть проведено лишь после некоторого усреднения полученных данных. Это достигается вычислением средней арифметической величины всех случаев результатов лечения в выбранном распределении, причем случаи каждой ремиссии оценены с помощью присвоенного ей коэффициента. В данном случае эта средняя статистическая (средняя ремиссия) названа нами *индексом эффективности лечения* (ИЭЛ), так как характеризует средний уровень терапевтического эффекта, достигнутый в изучаемой группе больных.

Индекс эффективности лечения так же, как и любая средняя величина, вычисляется по простой формуле, представляющей собой дробь, числителем которой является алгебраическая сумма случаев отдельных ремиссий, перемноженных на соответствующие коэффициенты (Σ), знаменателем — общее число случаев больных в изучаемой группе (N):

$$\text{ИЭЛ} = \frac{\Sigma}{N} \cdot \quad (1)$$

Сопоставляя результаты лечения различных групп больных, часто представляется необходимым количественно охарактеризовать изменение ИЭЛ (уменьшение или увеличение его). Такое изменение может быть определено в процентах по формуле:

$$\Delta \text{ИЭЛ}\% = \frac{\text{ИЭЛ}_x - \text{ИЭЛ}_0}{\text{ИЭЛ}_0} \times 100, \quad (2)$$

где $\Delta \text{ИЭЛ}_0$ — исходные (контрольные) результаты, а ИЭЛ_x — результаты, полученные в изменившихся условиях.

Величину $\text{ИЭЛ}\%$ можно использовать и для характеристики устойчивости лечения, поскольку ремиссии, наступающие после курса лечения неврозов, не являются стабильными. Наряду с ухудшениями в динамике ремиссий нередко наблюдаются и «посттерапевтические» улучшения (Е. К. Яковлева и Р. А. Зацепицкий, 1961; Кауфман, 1964; В. М. Корецкий и И. П. Ковбаса, 1968; Noreik, 1970). $\Delta \text{ИЭЛ}\%$, вычисленная по срокам катамнеза, позволяет учитывать изменение терапевтического эффекта во времени при различных условиях. В этом случае ИЭЛ_0 — результаты лечения к моменту окончания лечебного курса, а ИЭЛ_x — результаты лечения через определенный срок катамнеза (x выражен в единицах времени). Величину $\Delta \text{ИЭЛ}\%$, отнесенную ко времени и свидетельствующую о длительности терапевтического эффекта, можно обозначить как *показатель устойчивости лечения* за x единиц времени (ПУЛ_x). Очевидно, что ПУЛ может выражаться как положительной (посттерапевтическое улучшение), так и отрицательной (ухудшение в катамнезе) величиной. Чем выше ПУЛ

при возможно большем значении x (времени), тем эффективнее рассматриваемая лечебная методика.

Таким образом, исход лечения может быть охарактеризован двумя количественными показателями: ИЭЛ, демонстрирующим непосредственные результаты лечения, и ДИЭЛ%, отражающей динамику лечебного эффекта. ДИЭЛ% может использоваться как показатель устойчивости лечения (ПУЛ). С помощью этих показателей можно достоверно контролировать эффективность выбранных терапевтических приемов при различных условиях.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Два обстоятельства определяют место аутотренинга в лечебном процессе: комплексный характер врачебного воздействия на больного и удельный вес приемов психотерапии в этом комплексе (Krise, 1959; Н. В. Иванов, 1960а). Сообразно с этими обстоятельствами приходится условно делить различные заболевания на две количественно неравные группы.

Первую из них составляют различные формы неврозов, пограничных состояний и кортико-висцеральных заболеваний, т. е. такие нозологические формы, в происхождении которых преобладают психогенные моменты и которые ко времени лечения не привели к органическим изменениям в органах и системах. Ведущим методом лечения таких больных является психотерапия и ее различные приемы (Б. С. Бамдас, 1966).

Во вторую группу входят все остальные формы соматических заболеваний, т. е. такие, в возникновении которых психогения не играет определяющей роли или же утратила эту роль в силу позднейших вторичных органических нарушений (например, при язвенной или гипертонической болезни). При лечении этой группы заболеваний психотерапевтические приемы абсолютно необходимы (Schipkowensky, 1965), но в этих случаях метод психотерапии, как правило, является не основным, а вспомогательным (П. И. Буль, 1968; А. Л. Гройсман, 1969).

Таким образом, рассматривая применение аутогенной тренировки при различных заболеваниях, мы делим эти заболевания на две группы — *психогении* и *соматогении*. Такая рубрикация обусловлена различиями во врачебной тактике и технике лечебного воздействия на личность больного. Используемое нами деление никоим образом не претендует на роль самостоятельной системы, оно является лишь рабочей группировкой, представляющей известные практические удобства. В основу, в частности, группировки неврозов мы положили классификационные системы советских авторов, основанные на схеме И. П. Павлова (О. В. Кербилов, 1965; А. М. Свядош, 1970), а также классификацию болезней ВОЗ 8-го пересмотра.

Нами изучалось действие аутогенной тренировки при следующих группах заболеваний.

Неврозы и пограничные состояния. Неврастения, истерия, психастения, невроз навязчивых состояний, психопатия и невроз развития, наркомания (в том числе алкогольная), логоневрозы.

Соматические заболевания. Заболевания внутренних органов и эндокринопатии. Болезненные состояния с нарушением тонуса гладкой мускулатуры органов: спастический синдром, атонический синдром, дискинезии. Болезненные состояния с нарушением сосудистого тонуса: кардиалгический, гипертонический, гипотонический синдромы. Болезненные состояния с нарушением ритма сердечных сокращений: тахикардия, брадикардия, аритмии. Болезненные состояния, сопровождающиеся воспалительной реакцией. Эндокринопатии: с увеличением основного обмена, со снижением основного обмена, эндокринный психосиндром без выраженных изменений основного обмена.

Органические поражения центральной и периферической нервной системы травматической этиологии, сосудистой этиологии, инфекционной и аллергической этиологии.

Приведенная группировка в достаточной мере условна. Спорен вопрос о нозологическом месте психастении и психопатии. Нарушения сосудистого тонуса и ритма сердечных сокращений могут быть обусловлены как эндокринными, так и неврогенными влияниями. В основу группировки мы кладем характер вегетативных влияний, тип реагирования целостного организма и страдающей системы на активную и активирующую психотерапию, а также степень курабельности используемыми лечебными приемами.

НЕВРОЗЫ И ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Больные неврастений многочисленная категория среди обращающихся за психотерапевтической помощью. По уровню курабельности эта форма невроза стоит на первом месте среди психогенных заболеваний (ИЭЛо=5,24÷5,29) при вполне удовлетворительной устойчивости лечения (ПУЛз=—3,1).

Синдромологический анализ позволяет выделить некоторые формы этого невроза с разными количественными характеристиками основных показателей (всего 509 наблюдений) (табл. 9).

ТАБЛИЦА 9

Результаты лечения различных синдромов неврастении

Синдромы и формы	ИЭЛо	ПУЛз
Расстройства сна	5,59	+0,2
Психогенные сексуальные нарушения	5,61	+2,1
Синдром вегетативной лабильности	5,33	—7,9
» эмоциональной неустойчивости	5,26	—5,3
Астеническая форма	4,87	—3,6
Ипохондрическая форма	4,69	—5,5

Эти данные, достоверные в пределах $0,1 > p > 0,05$, говорят о том, что неврастения полностью показана для лечения аутогенной тренировкой, хотя ее синдромы выявляют различный уровень курабельности и устойчивости результатов лечения. Наиболее курабельными оказались неврастенические психогенные сексуальные расстройства, что подтверждается литературными данными (Н. В. Иванов, 1966; С. С. Либих, 1967; В. В. Андрианов, 1968). Следует подчеркнуть, что тренировка таких больных проводилась вне специализированных групп по общей для всех больных модифицированной нами методике аутотренинга (Г. С. Беляев, 1969; И. А. Копылова, 1969).

Сравнительно высокие и устойчивые результаты лечения обеспечивает аутогенная тренировка при расстройствах сна. По данным литературы, этот синдром неврастении является наиболее курабельным при помощи аутогенной тренировки (Helm, 1960; Abel, 1961; Engelmeier, 1965). По нашим данным, диссомния стоит на втором месте. Эти незначительные расхождения объясняются, по-видимому, как различной оценкой патофизиологического содержания этого синдрома (Schneider и Hirsch, 1959; Hill, 1962), так и трудностью объективного наблюдения (Mangalore, Nargashima Pai, 1961).

При лечении вегетативно-лабильных больных проявления симпатикотонии купируются легче, чем парасимпатическое преобладание (О. А. Колосова, 1967; В. К. Мягер и В. Н. Мясищев, 1967). Известные трудности представляет ограничение невротической вегетативной лабильности от диэнцефальной патологии (Feiereis и Kärst, 1955; Müller, 1961). По данным В. К. Мягер (1971), по мере совершенствования диагностических методов все больше случаев, относимых ранее к неврастенической вегетативной лабильности, находит свое объяснение в диэнцефальной патологии. Этим, видимо, объясняется и сравнительно низкая устойчивость лечения.

Эмоциональная лабильность хорошо купируется приемами аутогенной тренировки (Katakura, 1966), но такие больные для достижения сколько-нибудь стабильных результатов нуждаются в длительной поддерживающей терапии после окончания основного курса лечения (de Bousingen, 1962; К. И. Мировский, 1965).

Судя по литературным данным, астеническая форма неврастении сравнительно плохо поддается активным и активирующим приемам психотерапии. А. Крейнцлер (1963) считает при астеническом неврозе показанной последовательную релаксацию на первом этапе лечения, а аутотренинг — на завершающих Bugard (1960) при выборе психотерапевтической методики отдает предпочтение регуляции мышечного тонуса, так как считает извращение защитного чувства усталости лежащим в основе неврастении. По нашим данным, астеническая форма неврастении является удовлетворительно и достаточно стойко курабельной приемами аутогенной тренировки. Интересно отметить, что при адаптации техники аутотренинга нам удалось повысить терапевтический эффект почти на 25% по сравнению с классической техникой.

Улучшились результаты лечения в результате адаптации техники аутотренинга и при ипохондрическом синдроме неврастении (ДИЭЛ% = 16,4), хотя этот синдром неврастении по клиническим показателям занимает последнее место среди других синдромов неврастении. Наши данные в основном совпадают с литературными данными. Так, Meier (1966) считает аутогенную тренировку мощным средством предотвращения сосудистых заболеваний, но отмечает сравнительно низкие результаты при попытках преодолеть с помощью аутотренинга ипохондрическую настроенность больных. Kulenkampff (1961, 1964) полагает, что сравнительная резистентность таких больных к психотерапевтическому воздействию объясняется их преморбидными особенностями и «двуслойным» характером ипохондрических страхов — не только страхом перед болезнью и возможной смертью от болезни, но и страхом самого страха («фобобоя»).

Сказанное можно иллюстрировать клиническими наблюдениями.

Наблюдение 1. Больной Р., 42 лет, оптик высокой квалификации. Жалобы на стойкую бессоницу, подавленное настроение, утомляемость, снижение внимания. Отмечает также нарушение потенции. Считает себя больным около полутора месяцев, после того, как был вынужден переменить место работы (на прежнем — проработал более 15 лет). В результате перехода характер работы существенно не изменился, в заработке не проиграл, но на новом месте чувствует себя «чужим». Перед первичным обращением нетрудоспособен 19 дней.

Наследственность не отягощена. Считает себя по характеру «положительным», повышено чувствительным к несправедливости. После окончания семилетки и ФЗУ работал по специальности. Ранений и контузий не имел. Из перенесенных заболеваний помнит только детские инфекции и редкие простудные заболевания. Женат с 27 лет, имеет двух детей. Бытовые и семейные условия благополучны. Курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективно: без психоза, первое время — вял, легко астенизируется, активное внимание и настроение несколько снижены. Интеллект без грубых нарушений, несколько вязок. К своему состоянию достаточно критичен, тяготеет к нему, доступен психотерапевтической коррекции. Артериальное давление лабильно (125/70—155/85), отмечены игра вазомоторов, лабильный пульс со склонностью к тахикардии, оживленные истощаемые сухожильные рефлексы. В остальном — со стороны соматоневрологической сферы — без патологии.

Диагноз: неврастения, агрипнический синдром.

Лечение амбулаторное, без больничного листа. Получал общеукрепляющие, малые дозы барбитуратов, витамины — на начальных этапах лечения. После предварительной индивидуальной психотерапии — цикл занятий аутотренингом. Параллельно — специальные гимнастические упражнения комплексного курса.

С 5-го занятия гетеротренинга отметил нормализацию засыпания. В последующем постепенно исчезли остальные болезненные симптомы. Через 2 месяца почувствовал себя практически здоровым, однако продолжал посещать поддерживающие занятия и регулярно тренировался самостоятельно. В итоговом дневнике-отчете сообщил: «... поверил этому лечению не сразу. После 4—5 занятий научился засыпать. Выздоровел незаметно. На работе все нормально. Мужские дела в порядке. Тренировку не брошу...».

Результаты лечения — ремиссия «б» на протяжении 4 лет.

Наблюдение 2. Больная С., 33 лет, учительница. Жалобы на трудное засыпание с тягостными сердцебиениями, страх перед засыпанием; вялость, сонливость, головные боли в первую половину дня; возбуждение — к вечеру. Отмечает раздражительность, сниженную работоспособность. Больна около 5 лет, заболела постепенно без видимой причины. Последние два года частые больничные листы по поводу «вегетодистонии», «выраженного функционального расстройства нервной системы» и т. п.

Из анамнеза: наследственность отягощена алкоголизмом деда (по линии отца). Росла единственным ребенком, по характеру была общительной, но обидчивой, стремилась к лидерству, часто вступала в конфликты со сверстниками. Окончила среднюю школу и учительский институт, регулярно не работала, так как вышла замуж за военнослужащего и была вынуждена часто переезжать.

Менструации с 13 лет, регулярные, последние годы — болезненные; половая жизнь с 22 лет (замужество). Имела 5 беременностей: 1 роды, 4 аборта. Дочери 9 лет. Живет с семьей мужа. Отношения с родителями мужа характеризует как «сухие», с мужем — «хорошие». Говоря о муже, подчеркивает его достоинства, но при детальном расспросе сообщает о своей неудовлетворенности браком, о длительной сексуальной дисгармонии. Винит в этом себя, считает себя «уродом». Сексуальное влечение к мужу отмечает лишь в начале супружества, в последующие годы развилась контофобия. Неохотно рассказывает о сексуальных сношениях с orgasмом, в которых видит «неопределенного мужчину». Стыдится этого, отрицает влияние сексуальной дисгармонии на развитие заболевания, подчеркивает свою привязанность к мужу. Сомневается в возможности нормализовать сексуальную жизнь, однако принимает корректирующие замечания врача.

Без психоза, память и интеллект без грубых нарушений. Вяла, истощаема, склонна к ипохондрической переоценке своих ощущений, считает свое заболевание исключительным. Тяготится сниженной работоспособностью, ищет помощи. Внутренние органы — без патологии. Знаков органического поражения нервной системы не выявлено.

Диагноз: неврастения, астенический синдром с расстройством сна и никтофобией.

Лечение: на первом этапе — малые дозы транквилизаторов и барбитуратов. Гипнотерапия (индивидуальная и групповая) — без эффекта ввиду активного сопротивления большой суггестивным влияниям. Назначена аутогенная тренировка, после 6-го занятия гетеротренинга отмечает нормализацию засыпания, в последующем — эмоциональное выравнивание, повышение работоспособности. Все время амбулаторного лечения сохраняла трудоспособность. В последующем привлекла к поддерживающим занятиям мужа. В результате психотерапевтических бесед с супругами восстановилась сексуальная гармония.

Ремиссия на момент окончания лечения аутогенной тренировкой — «4»; катанез через 3 года — ремиссия «5».

Приведем несколько итоговых самоотчетов больных.

Наблюдение 3. Больная С., 38 лет, кандидат биологических наук. Диагноз: неврастения, синдром эмоциональной неустойчивости.

«Попав в клинику, я старалась использовать все возможные методы и способы для восстановления здоровья. И если лекарства, гипноз, физиотерапия лечили меня от существующих болезней, то закалку на будущее и умение в какой-то степени подчинить мое «Я» самоприказу дала мне аутогенная тренировка... В целом все рекомендуемые упражнения получились у меня без труда и на занятиях, и дома. Считаю, что при той нагрузке, которая ложится на наши плечи на работе и дома, уметь расслабить себя, отвлечься от посторонних мыслей на какое-то время очень важно. Именно этому учит аутогенная тренировка. Прибегала к ее помощи, уже находясь в клинике, буду пользоваться этими приемами и в повседневной жизни. В результате комплексного лечения, в том числе и под влиянием аутогенной тренировки, мое состояние улучшилось, стала спокойнее, все отступило, все неприятности стали менее страшными. Первые дни на работе были нелегкими, в моменты, когда в голову лезут всякие «беспокойные мысли», начинаю дыхательную гимнастику и все они уходят. В целом очень помогает АТ, даже простая дыхательная гимнастика».

Больная завершила курс аутотренинга первой ступени, посещала поддерживающие занятия с элементами второй ступени. Ремиссия на момент окончания лечения «6», катанез через три года — ремиссия «5».

Наблюдение 4. Большой Л., 41 года, бухгалтер. Диагноз: неврастения, синдром вегетативной лабильности. В итоговом самоотчете подчеркивает, что болел много лет (со времени войны и блокады), многократно лечился без стойкого эффекта («улучшение в течение полутора — двух месяцев»).

«Занимаюсь аутотренингом полтора года. Месяца через три после начала занятий — резкое улучшение самочувствия (никакое другое лечение не проводилось). После 7 занятий аутогенной тренировки смог дважды (первый раз на вокзале, второй — на улице) снять боли в животе, вызвав чувство тепла, снять боли в области сердца, снять головную боль, когда пирамидон не дал эффекта. Спазм в животе до занятий аутотренингом — 3—4 раза в месяц, сейчас — 2—3 раза в год. Значительно уменьшилась вспыльчивость, исчезло чувство напряженности (эти изменения отмечаются окружающими). Уменьшилась сонливость днем, значительно легче стало работать. Не приходится мобилизоваться и заставлять себя. Результаты лучше — при создании бодрого настроения».

Результат лечения — ремиссия «5» на протяжении 4 лет.

Истерия также широко представлена в изученном нами контингенте больных. Спонтанный отсев этой категории больных продолжал оставаться наиболее высоким, хотя и снизился в процессе модификации техники аутотренинга с 51,3 до 20,4%. Выполнение упражнений во время занятий у этих больных характеризуется высокими показателями (76,5%), однако эффективность лечения невысока (шестое место в диагностическом перечне), что совпадает с литературными данными (Stogrow, 1962). ИЭЛо = 4,71—5,02; ПУЛз = —8,9. Средний ПУЛз у больных истерией в три раза ниже, чем при неврастении. Значения ИЭЛ и ПУЛ при синдромах истерии также ниже, чем при соответствующих синдромах неврастений.

Тщательный синдромологический отбор больных позволил повысить ИЭЛо с 4,71 до 5,02, поскольку полученные данные по синдромам истерии характеризуются большим разнообразием (всего 422 наблюдения) (табл. 10).

ТАБЛИЦА 10

Результаты лечения различных синдромов истерии

Синдромы	ИЭЛо	ПУЛз
Синдром эмоциональной неустойчивости . .	4,93	—10,8
» вегетативно-сосудистой лабильности	5,17	—9,8
Спастический синдром	4,89	—8,6
Истерические нарушения движения	3,37	+2,6
» расстройства речи	3,72	—1,5

Примечание. Приведенные данные достоверны в пределах $0,1 > p > 0,05$.

Многие исследователи (Speer, 1949; А. М. Свядощ и А. С. Ромен, 1966; Alpaes, 1966) считают истерию непоказанной для лечения аутогенной тренировкой на том основании, что при этом заболевании отмечается своеобразная «желательность» болезни и, следовательно, снижена воля к здоровью. Это подтверждается и тем фактом, что в процессе адаптации техники аутотренинга нами констатирована сравнительно невысокая ДИЭЛ% (+8,6%).

Однако, несмотря на сравнительно неблагоприятные показатели, нельзя считать истерию полностью непоказанной к лечению приемами аутотренинга (Stokvis, 1961). Удовлетворительный, хотя и недостаточно стойкий, терапевтический эффект констатирован при синдромах вегетативно-сосудистой лабильности, эмоциональной неустойчивости и спастическом синдроме. При истерических расстройствах движения нами наблюдались скромные результаты, однако отмечено достоверное посттерапевтическое улучшение. Сравнительно устойчивы результаты и при лечении истерических расстройств речи. Это дает основание полагать, что приемы аутогенной тренировки помогают стабилизировать ремиссии; если при некоторых острых истерических проявлениях (мутизме, параличах, припадках и т. п.) аутотренинг практически не оказывает лечебного воздействия (ИЭЛО близок к 3,00), то лечение в подостром периоде убедительно препятствует рецидивам болезни. Особенно заметно это при истерических расстройствах движения.

Наблюдение 5. Большая Б., 38 лет, счетный работник. Жалуется на «невозможность говорить». Объясняется записками; попытки разговаривать сопровождаются гримасничанием, слезами; произносит только смазанные гласные. Помимо вегетативной реакции, попытки говорить сопровождаются болевыми ощущениями. Описанные расстройства речи возникли остро 3 недели назад после бурной ссоры с мужем. Ранее отмечала эпизодическое аффектогенное заикание по тоническому типу. Подобной афонии не помнит.

Данные стационарного наблюдения: без психоза, эмоционально лабильна, сензитивна. Интеллект — без грубых нарушений, эмотивна, критика к своему состоянию и охват ситуации несколько поверхностны. Общительна; ищет помощи, но не идет навстречу попыткам корригирующей психотерапии. Внутренние органы — без грубой патологии; ЛОР-исследование не выявило локальной патологии; знаков органического поражения нервной системы не обнаружено. Лабораторные исследования в пределах нормы.

Диагноз: истерическая реакция с явлениями мутизма.

Лечение в стационаре: общеукрепляющее, малые дозы транквилизаторов, рациональная психотерапия, гипносуггестия, встреченная больной негативно; логопедическое лечение; курс аутогенной тренировки. Указанными мерами явления мутизма купировать не удалось. Проведен одномоментный сеанс косвенной суггестии («маска» по Я. Л. Шрайберу), после чего явления мутизма были ликвидированы. Выписана практически здоровой.

После возвращения в конфликтную семейную ситуацию, через 27 дней после «маски» в результате очередного конфликта расстройство речи возобновилось. Индивидуальные гипносуггестивные воздействия, проводимые амбулаторно, давали кратковременный эффект (от 4—5 ч до 2—3 суток). Больная настояла на повторной «маске», после чего в период ремиссии повторила курс аутотренинга. После такого повторного лечения рецидивы мутизма не наблюдаются, аффектогенные расстройства речи в виде слабовыраженного заикания стали реже (1—2 раза в год) и слабее, не влияют на работоспособность. Продолжала посещать поддерживающие занятия аутотренинга, научившись, по ее словам, «предотвращать немоту и заикание».

Катамнез прослежен на протяжении 3,5 лет; ремиссия «5».

Представляют интерес и итоговые самоотчеты больных этой категории. Объединяет их то обстоятельство, что большинство больных уделяют мало внимания самостоятельным тренировкам, но охотно посещают занятия гетеротренинга, воспринимая последние как сеансы внушения и передоверяя врачу все усилия по лечению. Эти больные отмечают симптоматическое улучшение лишь непо-

средственно после занятий аутотренингом. В тех же случаях, когда они тренируются самостоятельно сколько-нибудь регулярно, отмечены более стойкие ремиссии. Следовательно, успех лечения больных истерическим неврозом зависит от того, насколько психотерапевту удастся стимулировать их волю к здоровью.

Наблюдение 6. Больная Х. 52 лет, преподавательница русского языка, трижды на протяжении 4 лет стационарировалась в отделении неврозов по поводу истерии с явлениями эмоциональной неустойчивости и вазо-вегетативной лабильности, в результате которых развились стойкая ипохондрическая фиксация (натрогенная), кардиофобия, канцерофобия и страх смерти. Ухудшения состояния, приводившие к госпитализации, провоцировались психогенно. Подозревая у себя злокачественную опухоль, настояла на двукратной диагностической операции, не выявившей существенной патологии. После второй госпитализации составила пространный отчет на 24 страницах, заполненный детальными ипохондрическим самоанализом, в котором сообщает, что живет «только от сеанса до сеанса», «чувствую себя человеком только в дни занятий», «сама ничего поделать не могу». Во время третьего стационарирования лечилась аутогенной тренировкой по индивидуальному плану с элементами высших ступеней, в результате чего удалось активизировать больную. После выписки прекратила амбулаторное лечение, возобновила трудовую деятельность. В последнем итоговом самоотчете пишет: «Стала тренироваться регулярно, в состоянии удерживать хорошее настроение в течение всего дня». . . «Сон по-прежнему плохой, но я научилась отдыхать». . . «Ругаю себя, что столько времени потеряла зря — пойми я выгоду самостоятельных занятий раньше, давно бы почувствовала облегчение. А может быть, раньше я не могла, а теперь могу. Ведь раньше Вы не давали мне таких упражнений, так что не так уж я и виновата. . .».

Интересно отметить, что этот последний самоотчет написан «всего» на семи страницах устойчивым почерком и сдержанным языком; вместо ипохондрического самокопания он содержит главным образом сравнительный анализ врачей, у которых больной довелось лечиться.

Наблюдение 7. Больной С., 21 года. Диагноз: истерическая реакция (после неудачи при поступлении в вуз). Больного не удалось активизировать должным образом, так как он оказался стойко фиксированным на своем болезненном состоянии, послужившим известным самооправданием, объясняющим житейскую неудачу. В своем отчете он пишет: «За период прошедших занятий я не могу добиться сосредоточения мыслей. Из всех прошедших занятий у меня получается только дыхание и четко ощущается тяжесть в руках и ногах. Теплота получается не всегда и чуть заметная, остальные упражнения не получаются. За последнее время во время занятий стали появляться головные боли, а после занятий, когда идешь, то такое ощущение, как после алкоголя, водит из стороны в сторону».

Наблюдение 8. Больная Ч., 57 лет, пенсионерка. Диагноз — истерический невроз, неврогенное диспноэ. Больная написала через 4 года после завершения курса амбулаторного лечения: «С тех пор, как я занимаюсь дыхательными упражнениями, здоровье мое значительно улучшилось. У меня давно уже нет приступов удушья (сильных), я почти не принимаю никаких лекарств, дыхательные упражнения вошли у меня в привычку и ежедневно перед сном я ими занимаюсь, иначе мне даже не уснуть».

Психастения — при всей спорности классификационного места этой психологической формы (Janet, 1903; П. Б. Ганнушкин, 1907, 1933; С. А. Суханов, 1908; Краепелин, 1915; Bally, 1959; Heigl, 1966) мы относим ее в группу неврозов. За 15 лет нами наблюдалось 128 таких больных. Адаптируя технику аутотренинга, нам удалось добиться некоторого улучшения клинических показателей у этой

категории больных. По отсеву и выполнению упражнений они занимают средние порядковые места, а по уровню ИЭЛо — предпоследнее (ИЭЛо=4,51 при ДИЭЛ% =28,8% и ПУЛз=—8,1). Сравнительно высокое значение ДИЭЛ% свидетельствует о том, что адаптация техники аутотренинга повысила курабельность психастении, хотя, по данным литературы, эта нозологическая форма отличается низкой курабельностью (А. А. Портнов и Д. Д. Федотов, 1957; Giel, 1965; Heigl, 1966). Успешной тренировке больных психастенией препятствует их неумение вызывать достаточно яркие сенсорные следовые образы. Самоконтроль и самонаблюдение, необходимые при аутотренинге, не усугубляли, по нашим данным, склонности этих больных к самоанализу, «умственной жвачке», уходу от реальной действительности. Среди наблюдавшихся нами больных отмечен лишь один случай ремиссии «2», т. е. незначительного ухудшения. Включение аутотренинга в схему лечения несколько умеряло тревогу и чувство общего дискомфорта, повышало трудоспособность и жизненный тонус. На этом основании аутогенная тренировка считается нами показанной при комплексном лечении психастении, так как позволяет достичь известной компенсации болезненного состояния, хотя и не позволяет стойко купировать тревожно-мнительные черты характера.

Наблюдение 9. Больная А., 39 лет, преподаватель английского языка, изложила свои впечатления от аутогенной тренировки в двух тетрадях, исписанных мелким почерком. Ее подробный анализ каждого упражнения и каждого занятия содержит мельчайшие наблюдения над собой, соседями по группе и проводившим тренировку врачом. Она пишет: «Диагноз „невроз“ я услышала впервые лет в 15... Первые советы по аутотренингу я получила в 1962 г. (за 5 лет до первичного обращения к нам), однако впервые я ощутила все особенности расслабления уже в больнице им. Павлова (через год)... Я стала следить за собой и в конце концов выработалась привычка к контролю за своими позами... Но очень скоро выяснилось, что тяжести в ногах я не чувствую, тепло в руках возникает редко, при попытках вызвать тепло, возникает пульсация крови и неприятный жар... Скоро занятия стали тягостными и для меня, и для врача». При повторной попытке аутогенной тренировки под руководством другого психотерапевта также отмечала тусклость сенсорных представлений, но сообщала, что в результате настойчивых попыток освоить комплекс упражнений «возникли прочные навыки во всем, что касается мышечного расслабления и управления кишечником... Однако я думаю, что окончательным результатам еще рано сказать (после четырех лет нерегулярной и восьми месяцев регулярной тренировки!) ... В заключение хочу сказать, что для меня метод аутогенной тренировки, вероятно, приобретет большое значение, расширив «область оптимального режима», очень ограниченную у меня. Возможность в какой-то мере подчинить себе свое тело существенно облегчит мне жизнь»...

Невроз навязчивых состояний. По наиболее распространенному мнению, невроз навязчивых состояний возникает психогенно и реактивно; содержание навязчивости, обусловленное психотравмой, остается стойким, больной осознает навязчивость чуждой.

Нами в эту рубрику включены лишь те проявления навязчивости, которые с уверенностью могут быть отнесены к самостоятельной нозологической форме. Синдромы навязчивости как проявления иных заболеваний (психастении, психопатии, истерии, органических поражений нервной системы и т. п.) рассматриваются

в соответствующих разделах. Нами наблюдался 291 больной неврозом навязчивых состояний.

Сознание «ненужности», «бессмысленности» проявлений болезни при неврозе навязчивых состояний делает перспективным активное психическое воздействие и самовоздействие при этом заболевании. В. М. Бехтерев (1913) предлагал лечить навязчивые состояния отвлекающей психотерапией. М. В. Умаров (1956) считал навязчивые состояния доступными корригирующей тренировки. Н. В. Иванов (1963а) считает активизирующую психотерапию обязательной при неврозе навязчивых состояний. В. М. Шпак рекомендует лечение самовнушением (1966).

Однако лечение невроза навязчивых состояний при помощи тренирующих методик наталкивается на известные трудности. Такие больные не обладают ярким воображением, поэтому они плохо осваивают и выполняют предлагаемые им упражнения. Вместе с тем их характеризует стеничность в силу известной инертности мышления; среди таких больных отмечен самый низкий отсев (0,9%). При адаптации техники аутотренинга удалось добиться оптимизации основных показателей (ИЭЛ₀ = 5,18 при ΔИЭЛ% = +22,7 и ПУЛ₃ = +0,0). Устойчивость достигнутых результатов лечения невроза навязчивых состояний отмечается и другими авторами (Н. Д. Лакосина и Б. А. Целибеев 1961; Winid, 1969; Glick, 1970).

Исследуя результаты лечения, мы подразделяли навязчивые состояния на три основных синдрома: фобический, obsessивный и компульсивный. Под фобиями понимался навязчивый страх, имеющий определенное содержание; под obsessиями понимались навязчивые мысли (навязчивый счет и т. п.); навязчивые действия (например, тики, ритуалы). Среди изученных нами больных эти три синдрома навязчивости представлены весьма неравномерно. Большинство составляют фобии (87%), доля obsessий составляет 9%, компульсии — 4%. При комбинации различных навязчивостей у одного и того же больного случай классифицировался по ведущему синдрому.

При анализе результатов лечения невроза навязчивых состояний по синдромам обнаруживается значительная неравномерность данных. Среди больных, страдавших фобиями и obsessиями, не отмечено отсева в лечебных группах аутотренинга, тогда как при компульсивном синдроме отсев доходил до 50%. Выполняли упражнения эти три группы больных более ровно: 52,7% — при фобиях, 51,9% — при obsessиях и 51,1% — при компульсиях. Результаты лечения и их устойчивость при трехлетнем катамнезе показаны в табл. 11.

ТАБЛИЦА 11
Результаты лечения различных синдромов навязчивости

Синдромы	ИЭЛ ₀	ПУЛ ₃
Фобический	5,31	+0,7
Obsessивный	4,91	-0,8
Компульсивный	3,19	+0,1

Приведенные данные (достоверные в пределах $0,1 > p > 0,05$) свидетельствуют о высокой курабельности фобического синдрома приемами аутотренинга. Обсессии также удовлетворительно курабельны с помощью аутогенной тренировки. При применении некоторых упражнений комплексного курса («воспитанных привычек», специальной гимнастики, идеомоторной и функциональной тренировки) лечебный эффект заметно увеличивается. Компульсивный синдром оказался практически некурабельным методом аутотренинга.

Приводим клинические наблюдения:

Наблюдение 10. Больная Г., 40 лет. Ранее работала кассиром-инкассатором, ко времени начала лечения — кладовщик инструментальной кладовой. Была привлечена в качестве свидетеля по уголовному делу и в ходе следствия многократно давала образцы своей подписи для графологической экспертизы. Очень волновалась при этом, опасаясь, что образцы подписи «не совпадут». Постепенно развилась выраженная графобия — всякий раз, когда писала в присутствии посторонних, испытывала сильное волнение. В силу этого оказалась вынужденной изменить характер работы, так как не могла ни подписываться, ни заполнять документы. В течение нескольких лет лечилась амбулаторно без эффекта различными методами, в том числе — гипно-суггестивными приемами. Стационарирована с диагнозом: невроз навязчивых состояний, графобия. После исключения органического заболевания нервной системы было проведено общеукрепляющее и транквилизирующее лечение. На втором этапе лечения был проведен курс аутогенной тренировки, усиленный упражнениями комплексного курса. Больной предлагалась гимнастика для пальцев рук, мысленная имитация процесса письма, постепенно и незаметно для больной перешедшая в функциональную тренировку (помощь врачу при регистрации посещения больных, заполнение карточек учета, отправление заказной корреспонденции и т. п.).

В итоговом отчете больная сообщила: «В психоневрологической клинике я проходила аутогенную тренировку. После этого лечения я себя чувствую хорошо. У меня был страх перед тем, что я не могла ничего написать или даже расписаться. Перед тем, как взять ручку или карандаш, у меня тряслись руки и я плакала. Теперь же я пишу даже тогда, когда смотрят на мои руки. Верно, еще бывает, когда я очень волнуюсь, руки мои немного трясутся. И я верю, что мне помогла только аутогенная тренировка».

Интересно отметить, что, оценивая результаты лечения, больная не упоминает о функциональной тренировке. Это свидетельствует о том, что элементы функциональной тренировки были использованы ненавязчиво, незаметно для больной и, таким образом, не спровоцировали обострения фобического комплекса.

Непосредственный результат лечения был расценен как ремиссия «5». В последующем больная вернулась к прежней работе, на протяжении 3,5 лет катамнестического наблюдения практически здорова без поддерживающего лечения (ремиссия «6»).

При лечении компульсивного синдрома таких демонстративных удач отметить не удавалось.

Наблюдение 11. Больной К., 22 лет, студент технического вуза, заболел после того, как его невеста в результате перенесенной нейроинфекции стала страдать выраженным гиперкинезом, оказалась вынужденной бросить учение в институте. Был потрясен тем, что «красивая здоровая девушка в несколько недель перестала быть человеком». Охладел к своей подруге, постепенно прекратил знакомство, но стал замечать за собой произвольные вздрагивания и подергивания ног, которые постепенно усиливались. Амбулаторное лечение у невропатологов оказалось безрезультатным. Был направлен для лечения аутогенной тренировкой, которую сам больной расценивал как «последний шанс».

Объективно: без психоза, ипохондрически переоценивает свое состояние, тяготится им. Знаков органического поражения нервной системы не выявлено, отмечена лишь некоторая гиперрефлексия по функциональному типу. ЭЭГ — без особенностей. Во время беседы отмечаются серии беспорядочных движений ногами различной выраженности — от единичных сокращений мышц до сложных движений длительностью до 20—30 с. Движения усиливаются аффектогенно и если к ним привлечено внимание, при отвлечении прекращаются.

Упражнения аутогенной тренировки выполнял весьма старательно, однако в лечебной группе не удерживался, так как компульсивные подергивания мешали остальным тренирующимся, что сам больной остро сознавал. Весьма существенной помехой послужило и то обстоятельство, что попытки репродуцировать гаптические образы, т. е. фиксация внимания на мышечном чувстве, провоцировали компульсивные подергивания (так же и при индивидуальном аутотренинге). Тем не менее, больной упорно продолжал аутогенную тренировку. Несмотря на то, что объективно улучшения отмечено не было (ремиссия «3»), утверждал, что в результате лечения чувствует себя гораздо спокойнее и увереннее, меньше замечает мышечные подергивания.

На основании клинического анализа можно считать фобии и обсессии показанными для лечения с помощью аутогенной тренировки. При тревожно-мнительных чертах характера она помогает добиться симптоматического кратковременного улучшения. Компульсии некурабельны этим методом. Однако «простые фобии» нуждаются в более подробном рассмотрении ввиду пестроты данных, нивелированных средним показателем. При детальном распределении нами получены следующие данные о курабельности и устойчивости лечения фобий (табл. 12).

ТАБЛИЦА 12

Результаты лечения различных фобий

Виды фобий	ИЭЛо	ПУЛз
Нозофобия (страх болезни)	5,11	—6,3
Танатофобия (страх смерти)	4,62	—3,7
Дисморфобия (страх изменения своего тела)	3,24	—6,2
Эрейтофобия (страх покраснения лица)	4,63	+0,9
Страх пузырных и кишечных кризов	4,85	—4,4
Логофобия (страх нарушения речи)	4,98	+6,4
Графофобия (страх письма)	5,33	+1,9
Коитофобия (страх полового акта)	5,67	+8,7
Страх людных мест	4,36	+1,0
» транспорта	4,64	—1,1
Клаустрофобия (боязнь закрытых помещений)	3,31	—8,2
Агорофобия (боязнь открытых пространств)	4,68	+3,8

Приведенная группировка далеко не исчерпывает перечня фобических расстройств, встречающихся в литературе, поскольку нет единой их систематики (Marks, 1970). Благотворное действие аутогенной тренировки при купировании фобий отмечено давно (Вескег, 1939), однако полученные нами данные заставляют дифференцированно подходить к определению показаний для лечения фобий приемами аутогенной тренировки, так как даже при весьма сходных проявлениях навязчивых страхов констатируются весьма различные результаты. В группе фобий к числу относительных про-

тивопоказаний могут быть названы дисморфофобия, клаустрофобия, страх людных мест.

В целом наши данные о показаниях к лечению синдромов навязчивости совпадают с литературными данными (Gurfin, 1965; С. С. Либих, 1969). Из сравнения с литературными данными также следует, что описанная нами модификация техники аутотренинга несколько расширила терапевтические возможности при лечении агорафобии (Marks а. Herst, 1970) и дисморфофобического синдрома (Нау, 1970).

Наблюдение 12. Больная К., 19 лет, студентка. Жалобы на навязчивый страх заболеть сифилисом, возникший в возрасте 16 лет (начало менструаций). Заметила у себя прыщи на лице и услышала случайный разговор о ком-то, заболевшем сифилисом; изучала свое лицо, искала у себя признаки заболевания, прочитав, что «у сифилитиков проваливается нос». Думала, что все приглядываются к ее носу, в прикосновениях других к их носам видела намек на ее «провалившийся нос». Это вызывало тягостные вегетативные ощущения — потливость, сердцебиения, чувство жара, тревогу. Со слов матери, всегда была капризной, в семье привыкла быть в центре внимания; вне семьи терялась, была неуверенной в себе. Общества молодых людей избегала, считая себя некрасивой и опасаясь насмешек над своим большим (!) носом. Без заметного эффекта лечилась амбулаторно у врачей разных специальностей. Ставились диагнозы: шизофрения, истерия, психопатия. Дважды с интервалом в полтора года стационарировалась в отделение неврозов. При первой госпитализации выявляла крайнюю эмоциональную неустойчивость, эпизодически возникали состояния тревоги с явлениями вазо-вегетативной дистонии, была претенциозной, требовала к себе повышенного внимания, особого режима. К попыткам психотерапевтического воздействия относилась негативно («Не от того лечите». . . «мне ничто не поможет. . .»). На занятиях аутотренинга была беспокойной, казалось, что все обращают на нее внимание. Выписалась досрочно, без улучшения, так как тяготилась больничным режимом и не верила в выздоровление. После выписки не смогла продолжать учение, добилась академического отпуска. Пропустив учебный год, возобновила учение, но здоровой себя не чувствовала.

При повторной госпитализации в возрасте 22 лет сифилофобических жалоб не предъявляет: «глупости это!». Более уравновешенна, с элементами критики к своему состоянию. Эмоционально синтонна, интеллектуального снижения не установлено. Выявляет комплекс дисморфофобических ощущений, которыми тяготится, ищет помощи, настаивает на активном лечении. Контактна, упорядочена в поведении, следит за своей внешностью, охотно находится в обществе молодых людей.

Диагноз: невроз навязчивых состояний, дисморфофобия.

Лечение: общеукрепляющее, гипогликемические дозы инсулина, рациональная психотерапия. От повторения курса аутотренинга отказалась.

Результат лечения — ремиссия «4». Катамнез 4,5 года — ремиссия «5».

Психопатия считается противопоказанной для лечения групповой психотерапией и аутогенной тренировкой в частности (А. М. Свядош и А. С. Ромен, 1966; С. С. Либих, 1969). Резистентность этой категории больных к психотерапевтическим воздействиям объясняется своеобразным «любованием» своим состоянием, извращенным самоутверждением (Н. П. Калинина, 1966). По нашим данным, среди этой категории больных отмечен самый высокий спонтанный отсев, существенно снизившийся, однако, при адаптации техники тренировки (с 61,8 до 20,4%). Выполнение некоторых упражнений курса аутотренинга может быть сравнительно высоким, так как такие больные тренируются вначале весьма активно, но

в целом за весь курс аутотренинга эта категория больных занимает одно из последних мест. Средний ИЭЛо=3,74 (последнее место) возрос при адаптировании незначительно (Δ ИЭЛ % = +3,3%). Устойчивость терапевтического эффекта невысока (ПУЛз=—9,9).

При рассмотрении психопатии по отдельным ее видам наблюдаются разнородные величины ИЭЛ и ПУЛ (табл. 13).

Приведенные данные свидетельствуют о низкой курабельности и низкой устойчивости лечения психопатии приемами аутогенной тренировки. Однако, по нашим данным, тренирующие методики импонируют этой категории больных больше, чем прямая суггестия и разъясняющая психотерапия. Это позволяет добиваться некоторой их компенсации с помощью аутотренинга. Однако больные этой категории, наряду с чрезмерным рвением в начале лечения, стремятся к излишней самостоятельности, не соразмеряют своих усилий со своими возможностями, ставят перед собой неразумные цели. Больных этой категории можно включать в лечебные группы дифференцированно, заботясь о том, чтобы психопатизированные больные не приобрели доминирующего влияния и не дезорганизовали работу группы (С. С. Либих, 1969).

Астеническая, истероидная и, в меньшей мере, эксплозивная формы психопатии могут считаться относительно показанными к лечению аутотренингом. Ананкастную и паранойальную формы мы исключаем из числа показаний.

ТАБЛИЦА 13

Результаты лечения различных форм психопатии

Виды психопатии	ИЭЛо	ПУЛз
Астеническая	3,81	—8,6
Истероидная	3,84	—9,7
Эксплозивная	3,67	—10,3
Ананкастная	3,52	—11,0
Паранойальная	3,29	—11,8

Наблюдение 13. Большой Г., 23 лет, студент. Среди родственников много уравновешенных чудаковатых людей. Дед по матери страдал каким-то душевным заболеванием, двоюродный брат (по матери) осужден за сексуальное преступление. В школьные годы учился хорошо, отличался широтой интересов, стремился к лидерству. После школы не мог выбрать специальность, работал на случайных работах, поступил в гуманитарный вуз, но вскоре разочаровался в будущей специальности. В студенческом коллективе держался обособленно; чувствуя «ненормальность» своего поведения, не мог заставить себя «быть как все». Пришел к выводу о необходимости «стать неуязвимым», а для этого — «закалять волю». Стремился создать для себя систему самовоспитания. Стал замечать у себя снижение внимания, отмечал ощущение неопределенного телесного дискомфорта, расстройство сна; стал хуже учиться, что болезненно переживал. Направлен на стационарное лечение с диагнозом неврастения (астенический синдром). В стационаре патологии со стороны внутренних органов и нервной системы не выявлено. Полностью ориентирован, без бреда и галлюцинаций. Интеллект, память — без грубых нарушений, активное внимание несколько снижено, склонен к резонерству и мудрствованию, переоценке собственной личности, держится особняком, высокомерен, раздражителен, назойлив. Дистанции между собой и врачом не ощущает. Предпринимает настойчивые попытки самолечения, тяготеет своим состоянием. К попыткам психотерапевтической коррекции относился негативно. Настаивал на обучении приемам аутотренинга, так как «он развился из системы йогов». Стал посещать занятия самостоятельно, заранее прячась в помещении гипнотория. Плохо справлялся с программой занятий, вступал в резонерские обсуждения, пререкался с больными, предлагал «свои» упражнения.

Выписан без улучшения (ремиссия «3»). Продолжал упорно тренироваться по своей программе, поставив себе целью «стать выше всех», «не нуждаться в людях». Родственники неоднократно просили врача «отвлечь больного от этих бесплодных занятий».

Окончательный диагноз: психопатия, ананкастная форма.

Наркомания. Алкогольную наркоманию мы рассматривали дифференцированно по стадиям (по А. А. Портнову, 1959). Перспективность психотерапевтического воздействия при алкоголизме отмечал еще В. М. Бехтерев (1927). Однако обоснованный выбор лечебной методики затруднен ввиду сложности объективного учета непосредственного эффекта лечения. Поскольку больные этой категории, за исключением самых тяжелых случаев, не утрачивают трудоспособности — лечебный эффект может быть оценен только катанестически (Kondáš, Novotny, 1969; Tomšovic, 1970).

Наркомании в целом характеризуются высоким спонтанным отсевом больных и сравнительно низким ИЭЛ (4,18) при низкой устойчивости лечения (средний ПУЛз = -12,9). Наибольшую резистентность к психотерапевтическому воздействию выявляют представители так называемых «больших наркоманий» — морфинисты, опиофаги и т. п. Охотнее и упорнее других лечатся курильщики. Среднее положение занимают больные алкоголизмом. Наилучшие непосредственные результаты лечения отмечены нами при алкоголизме и барбитуровой наркомании. Результаты лечения «больших наркоманий» имеют отрицательную динамику.

Результаты лечения этой категории больных с помощью модифицированных приемов аутотренинга представлены в табл. 14.

ТАБЛИЦА 14

Результаты лечения различных форм наркомании

Виды наркоманий	ИЭЛ	ПУЛз
Хронический алкоголизм	4,49	-14,3
в том числе: I стадия	4,74	-9,2
II »	4,61	-14,4
III »	4,09	-19,3
Никотиномания	3,86	+0,3
Барбитуратова наркомания	4,54	+5,3
Кофеиновая наркомания	3,44	-2,4
Опийная наркомания	2,95	-14,2
Пристрастие к гашишу (марихуане)	2,99	-16,1
Полинаркомания	2,98	-18,4

Средние цифры, характеризующие курабельность и устойчивость результатов лечения при наркоманиях, невысоки. Выявляется также существенная разница в результатах, достигнутых при различных формах наркоманий.

Литературные данные о применении аутогенной тренировки при «больших наркоманиях» немногочисленны. Нами отмечена отрицательная динамика лечения, что может быть объяснено значительной

вторичной психопатизацией больных и отсутствием «установки на лечение». Чаще всего такие больные начинают лечение под давлением различного рода житейских обстоятельств. По нашим наблюдениям, у некоторых наркоманов во время тренировки возникает состояние, сходное с наркотическим опьянением, что провоцирует тягу к наркотику — «псевдоабстинентные кризы» по И. Н. Пятницкой (1966) (Г. С. Беляев, 1971).

Применение аутогенной тренировки при алкоголизме, по данным литературы, дает удовлетворительные результаты, так как помогает нормализовать вегетативные нарушения (Hermanns, 1964), купировать эмоциональное напряжение (Orme a. Snider, 1964), способствует образованию нужных условнорефлекторных связей (И. Г. Ураков и В. С. Гребенников, 1968; А. Д. Василевская, 1968). Однако без специального приспособления техники и содержания занятий аутогенная тренировка не препятствует рецидивам (Г. В. Зеневич и С. С. Либих, 1965). Аутогенная тренировка при лечении алкоголизма требует специализированных групп, так как универсальная техника здесь мало пригодна (Б. М. Сегал, 1966). Ремиссии при алкоголизме, леченном в общих группах обычной техникой аутотренинга, не превышают по длительности спонтанных ремиссий (М. С. Бейтельман, 1971; Ciompi e. Eisert, 1971).

Курильщики, стремящиеся избавиться от никотиномании, являются, как правило, добросовестными и старательными больными. Негативизм им не свойствен, так как они приступают к лечению по собственной инициативе. У этой категории больных не наблюдается явлений деградации и психопатизации (Coudray, 1970; Неррег а. о., 1970). Естественно, что результаты активизирующих психотерапевтических приемов в этих случаях сравнительно благоприятны.

Благоприятны они и при барбитуратовой наркомании, которая также в малой степени разрушает личность. Кроме того, транквилизирующие приемы аутогенной тренировки, помогая засыпанию, «замещают» снотворное.

На основании наших данных мы не включаем больных наркоманиями (в том числе и хроническим алкоголизмом) в общие лечебные группы, использующие унифицированную технику тренировки. Тем не менее, аутотренинг является и в этом случае перспективной лечебной методикой, требующей, однако, специального адаптирования.

Логоневрозы выделены в самостоятельную рубрику из практических соображений. Эта форма представляет собой демонстративный пример невроза с полиморфной симптоматикой, включающей элементы общей невротизации, повышенной вазо-вегетативной и эмоциональной лабильности, фобий и навязчивых ритуалов (А. А. Мажбиц, 1966).

По литературным данным, применение аутотренинга при лечении невротических расстройств речи весьма перспективно (Blankel, 1958; Miele, 1962; Э. Д. Каганова, 1968). По нашим наблюдениям, унифицированная техника аутогенной тренировки в общей группе

помогает купировать явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз. Средняя ремиссия при лечении заикания в общей группе оказалась у нас невысокой ($ИЭЛ=3,84$) и не возросла при адаптировании техники аутотренинга. Отмечена также низкая устойчивость лечебного эффекта и частые рецидивы ($ПУЛз=-17,7$). На этом основании мы не включаем логоневрозы в число показаний для лечения предлагаемой модификацией аутотренинга в общей группе. В данном случае техника и содержание тренировки нуждаются в более узкой специализации и в наличии специализированных групп (А. А. Мажбиц, 1965; Г. С. Беляев и А. А. Мажбиц, 1968, 1970). Большинство авторов, исследовавших эту проблему, придерживаются сходной точки зрения (А. И. Лубенская, 1966; Н. П. Мировская, 1968; Л. П. Яцков, 1968).

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Применение методов психотерапии для лечения соматических заболеваний насчитывает много лет (Rosenbach, 1890; Я. А. Боткин, 1897; А. И. Яроцкий, 1908, 1917). Напомним, что Schultz был врачом-интернистом и, создавая методику аутогенной тренировки, исходил, в первую очередь, из потребностей соматической клиники (1918, 1926, 1929).

Идеи Шульца относительно «организмического» действия психотерапевтических методов и аутогенной тренировки, в особенности, были подхвачены и развиты психосоматической школой (Aju-guaguerra e. Badaracco, 1953; Aboulker e. a., 1960; Geissmann, 1964; Luche, 1963, и др.). «Внедрение» психотерапевтических методов в соматическую медицину успешно продолжается, о чем свидетельствует ряд обзорных публикаций последних лет (Müller, 1966; Müller-Gotz, 1966; Grim, 1969). Труды советской физиологической школы, а также работы Г. Селье (1960) наметили рациональные пути обоснованное психотерапевтического воздействия при соматических заболеваниях. Однако этот сложный вопрос еще далек от окончательного решения.

Применение аутогенной тренировки при соматических заболеваниях имеет свои существенные особенности. В специализированных психоневрологических учреждениях аутогенная тренировка применяется значительно чаще и планомернее, чем в соматических и неврологических стационарах. Лечение длительно протекающих органических соматических заболеваний является трудной проблемой; терапевтический успех во многом зависит от раскрытия этиологии и патогенеза болезни. Однако назначение методов лечения, вполне обоснованных этиологически и патогенетически, еще не означает воздействия на многие другие причины и условия, способствующие развитию болезни или задерживающие выздоровление.

Практическая диагностика многих соматических заболеваний связана с четким отграничением органических нарушений от истин-

ных невротозов и невротоподобных состояний. Иногда у больного, направленного к психотерапевту по поводу «выраженного функционального расстройства нервной системы», обнаруживается в процессе обследования очевидное соматическое заболевание. Наблюдается и обратная картина, когда соматологи, стараясь обнаружить «свое» заболевание, провоцируют натрогенный невротический срыв у ипохондрические настроенной личности. Нередко, помимо стерильной симптоматики болезни, приходится констатировать переплетение различных по своему происхождению клинических реакций. Внешняя картина соматического заболевания, обнаруживаемая при объективном исследовании, не параллельна субъективному восприятию болезни, ее индивидуальной эмоциональной переработке. Реакция личности на любое заболевание имеет широкий диапазон от патологически сниженной до патологически высокой, превосходящей иногда тяжесть самой болезни и требующей неотложной врачебной коррекции. Клиническая симптоматика складывается из органических симптомов, функциональных расстройств, психогенных нарушений и реакции личности на болезнь. В каждом наблюдении эти составляющие неравнозначны и различно отражаются на деятельности человека. Врачи знают примеры высокой работоспособности людей, перенесших тяжелое органическое заболевание, и в то же время полной нетрудоспособности некоторых больных невротами.

Современная клиническая медицина не ограничивается применением какого-либо одного терапевтического метода; лечение является комплексным. В этом комплексе аутогенная тренировка имеет свои задачи. В общих чертах они сводятся к попыткам смягчения соматических симптомов, к психотерапевтическому блокированию невротической фиксации, выработке воли к здоровью и активизации личности в борьбе с болезнью. При некоторых заболеваниях эти вспомогательные задачи перерастают в ведущие проблемы лечения. Не случайно многие авторы рекомендуют рассматривать больных легочным туберкулезом как больных невротом (Marchand, 1957; Vegojn, 1960; А. Л. Гройсман, 1969) и параллельно с лечением основного заболевания (а иногда и прежде этого) психотерапевтически купировать невротические проявления у этих больных. Важную роль играет аутогенная тренировка и в стимуляции резервных возможностей организма в период долевания, реабилитации и реадaptации (Scherding, 1965; Feiereis, 1970).

Лечебное действие аутогенной тренировки при соматических заболеваниях не ограничивается устранением или смягчением одного только невротического компонента; эффект аутотренинга вызывает более глубокие физиологические изменения, воздействуя на страдающие орган или систему органов через вегетативную регуляцию (Geissmann, 1964; А. Н. Шогам, 1965; Катакура, 1966), причем система блуждающего нерва активизируется легче, чем симпатического (Schultz, 1958; Luthe, 1960; А. М. Свядощ, 1961; М. Н. Валуева, 1966; А. С. Ромен, 1970). Эти данные согласуются с нашими

наблюдениями, поэтому, систематизируя результаты лечения приемами аутотренинга, мы группируем разнообразные проявления таких заболеваний по признаку вызвавших их вегетативных влияний (табл. 15).

Т А Б Л И Ц А 15

Курабельность и устойчивость лечения при соматических заболеваниях

Синдромы	ИЭЛо	ПУЛз
Болезненные состояния с нарушением тонуса гладкой мускулатуры органов:		
спастический синдром	5,49	—0,9
атонический »	5,52	—1,5
дискинезии	5,29	—2,7
Болезненные состояния с нарушением сосудистого тонуса:		
кардиалгический синдром	5,47	+1,1
гипертонический »	5,41	—0,8
гипотонический »	5,57	+0,9
Болезненные состояния с нарушением ритма: сердечных сокращений	5,24	—4,9
синдром тахикардии	4,72	—3,0
» брадикардии	5,27	—1,6
» дизритмии	4,37	—4,6
Болезненные состояния, сопровождающиеся воспалительной реакцией	4,69	—3,8
Эндокринопатии:	4,45	—2,2
с увеличением основного обмена	4,69	—9,7
со снижением » »	4,53	—7,4
«эндокринный психосиндром» без выраженных изменений основного обмена	4,22	—8,3
	5,44	—11,8

В этой группе заболеваний при адаптировании техники аутотренинга все основные показатели имели положительную динамику сравнительно с классической схемой тренировки. Отсев уменьшился в 4,5 раза (с 21,4 до 4,7%); выполнение упражнений возросло незначительно, но средний ИЭЛо всей группы повысился на 23,9% (с 4,34 до 5,38). В среднем по группе отмечена также вполне удовлетворительная устойчивость лечения (ПУЛз=—1,3), т. е. результаты лечения являются стабильными.

Наиболее высокие показатели достигаются при лечении состояний, сопровождающихся спазмом гладкой мускулатуры, причем, как уже было сказано, парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический. В литературе отмечен хороший эффект аутогенной тренировки и аналогичных методик при гипертонической болезни (Traut, 1932; Belthelm, 1960; Е. С. Авербух, 1956; А. Л. Гройсман, 1969), при стенокардитическом синдроме (Meier, 1966; Н. В. Левенков и соавт., 1968), при спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах (Luthe, 1936; Dörfler, 1960), что согласуется и с нашими наблюдениями. Кроме того, мы располагаем данными об удовлетворительной курабельности приемами аутотренинга язвенной болезни, одной из причин которой, по наи-

более распространенному мнению, является местный неврогенный спазм сосудов.

Наблюдение 14. Больной М., 42 лет, доцент технического вуза. Жалобы на боли в подложечной области, неустойчивый стул. Боли сопряжены с чувством «стеснения» в сердце и усиливаются натощак и сразу после еды. Страдает язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в течение 7 лет. Незадолго до обращения к психоневрологу детально обследован — данных за обострение язвенной болезни не выявлено. По мнению соматологов, жалобы больного не соответствуют его объективному состоянию, но у больного появились опасения возможной малигнизации язвы и ожидающего его инфаркта.

Без признаков психоза, интеллект и память — без грубых нарушений. Торпиден, нерешителен, обстоятелен. Крайне ипохондричен и мнителен. Фиксирован на своих ощущениях и опасениях, в беседе все время возвращается к ним. Ищет помощи, но к попыткам переубеждения относится недоверчиво; считает, что врачи скрывают от него истинное состояние его здоровья. Из-за болезненных ощущений ограничивает себя в трудовой нагрузке. Диагноз: соматогенная реакция у тревожно-мнителной личности. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки вне обострения.

В стационаре первое время капризен, требует для себя особого режима и специальной диеты. Скептически отнесся к аутогенной тренировке, после первых занятий отметил некоторое усиление болей и учащение стула; начиная с 5-го занятия ГТР, научился самостоятельно вызывать у себя тепло в подложечной области, заметил смягчение болей, улучшение аппетита и появление чувства телесного комфорта. В последующем относился к аутотренингу с энтузиазмом. После выписки возобновил трудовую деятельность в полном объеме (ремиссия «б»), уехал в командировку, от которой прежде отказывался по соображениям нездоровья. После выписки тренировался амбулаторно и самостоятельно. Через год сообщил: «Тренируюсь регулярно по сокращенной схеме: релаксация, дыхание, тепло в животе. Живу все еще с некоторой опаской, но работаю с удовольствием и перестал ныть. Очередное сезонное ухудшение на сей раз меня миновало».

При заболеваниях, связанных со снижением тонуса гладкой мускулатуры, результаты лечения несколько хуже, однако, по нашим данным, предлагаемая техника аутотренинга дает лучшие результаты, чем другие модификации, и не требует специальной «психотонической» методики. В то время как К. И. Мировский (1965) видит в гипотонии прямое противопоказание к неадаптированной аутогенной тренировке, так как ее обычные приемы вызывают понижение и без того низкого артериального давления, мы, применяя нашу технику и не вводя специальных тонизирующих упражнений, наблюдали не только снижение АД у гипертоников, но и повышение его у гипотоников, т. е. нормализацию давления.

Наблюдение 15. У больной М., 36 лет, тренера по плаванию, с детства отмечалось пониженное артериальное давление, расценивавшееся как конституциональная особенность. Это не помешало ей получить высшее физкультурное образование и успешно заниматься спортом. Ряд лет она была чемпионкой СССР, на Олимпийских играх заняла призовое место. С годами явления гипотонии нарастали, больная прекратила занятия спортом, перешла на тренерскую работу с детьми, имела умеренную нагрузку. Жалобы: упорные головные боли, вялость, снижение настроения, эпизодическая сонливость днем. Объективно — без явлений психоза, эмоционально синтонна, встревожена своим состоянием, достаточно к нему критична, доступна психотерапевтическим влияниям. Внутренние органы — без грубой патологии, отмечена умеренная брадикардия (60 ударов в минуту), пониженное артериальное давление (утром — 90/50, вечером — 80/50). Во время курса аутотренинга на первых занятиях отмечала усиление головных болей, затем стала замечать через 30—40 мин после занятия ощущение озноба и за

ним — чувство телесного облегчения. Контрольные измерения АД выявили следующую динамику: непосредственно перед занятием ГТР — 85/55, в момент усиления головной боли — 80/50, во время озноба — 110/70, через час — 100/60 мм рт. ст. Ко времени выписки АД стойко повысилось — до 100—110/60 мм, ликвидировалось его снижение по вечерам, головные боли существенно уменьшились, трудоспособна (ремиссия «5»). После выписки состояние несколько ухудшилось, но осталась трудоспособной (ремиссия «4» на протяжении 2 лет).

Следует упомянуть о том, что включение дыхательной гимнастики в приемы аутотренинга позволяет добиться известного уравновешивания систем блуждающего и симпатического нервов, т. е. нормализации вегетативных функций (Machač и Albrecht, 1965; О. А. Черникова и О. В. Дашкевич, 1967; Л. Н. Кричевская, 1968).

По литературным данным (M. Bleuler, 1954; М. И. Кашпур, 1958; А. Л. Гройсман, 1969), психотерапия при эндокринопатиях и состояниях после тиреоэктомии сравнительно мало перспективна. Мы применяли аутогенную тренировку при лечении «эндокринного психосиндрома» (термин М. Bleuler) с колебаниями основного обмена, не превышающими $\pm 20\%$, и констатировали вполне удовлетворительные результаты. Это свидетельствует о сравнительно широком терапевтическом диапазоне предлагаемой техники аутотренинга и согласуется с экспериментальными данными и теоретическими выводами Eiff (1957), подтвердившего зависимость основного обмена от психогенных влияний.

Упражнения аутотренинга (в частности, тепло в животе и дыхательная гимнастика) при панкреатите усиливали боли и несколько ухудшали лабораторные показатели. По нашим наблюдениям, аутогенная тренировка также отрицательно влияла на самочувствие больных диабетом. Лабораторный контроль выявил в этих случаях повышение сахара в крови на 8—14 мг%. Это может быть объяснено гипергликемией, вызываемой четвертым стандартным упражнением (Marchand, 1963). Поиски причины регулярно возникавших у одной из наших больных ощущений дурноты при выполнении этого упражнения позволили распознать у нее ранее не диагностированную начальную стадию диабета. На основании этих наблюдений мы считаем панкреатит и диабет противопоказанными для лечения модифицированной нами аутогенной тренировки.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Активные тренирующие методики редко могут быть применены в остром периоде органического неврологического заболевания (И. М. Перекрестов, 1968), поэтому правильно было бы определить этот раздел как «остаточные явления органических заболеваний центральной нервной системы». Я. Р. Гасуль (1967) и И. М. Перекрестов (1967) используют приемы аутогенной тренировки при сосудистых поражениях мозга; Binder (1960) и Л. А. Тарнопольская (1968) при лечении черепно-мозговых травм. Есть единичные со-

общения о применении аутогенной тренировки при эпилепсии (Varolin e. a., 1961). Накоплен опыт лечения приемами аутотренинга постэнцефалитических больных и больных с остаточными явлениями нейроинфекции (Focken, 1957; А. И. Котовников, 1966; Бурдорф и соавт., 1968).

Применяя аутогенную тренировку, мы ограничивали показания при остаточных явлениях черепно-мозговых травм с судорожным синдромом, выраженных диэнцефалезах и сосудистых поражениях с массивными дефектами из-за нарушения интеллекта и памяти у некоторых таких больных, а также опасаясь провоцирующего действия гипервентиляции на диэнцефальные проявления и эпилептиформную готовность ряда пациентов.

В целом принятая нами техника аутотренинга улучшила клинические показатели и у этой категории больных. Сравнительно с классической схемой аутогенной тренировки нам удалось снизить отсев в 6 раз и поднять показатели выполнения упражнений в полтора раза. Курабельность возросла больше чем на 10% (ИЭЛо = -4,83 при вполне удовлетворительной устойчивости терапевтического эффекта ПУЛз = -0,8). Не отмечено ни одного случая ухудшения. Результаты лечения остаточных явлений органических заболеваний центральной нервной системы суммированы в табл. 16.

ТАБЛИЦА 16

Курабельность и устойчивость лечения при остаточных явлениях органических заболеваний центральной нервной системы

Диагноз	ИЭЛо	ПУЛз
Остаточные явления инфекционных заболеваний центральной нервной системы	4,89	-1,9
Последствия токсического поражения центральной нервной системы	4,93	+0,8
Остаточные явления черепно-мозговых травм	4,84	-0,2
» » сосудистых заболеваний головного мозга	4,71	-1,7
Прочие органические заболевания центральной нервной системы	3,89	+0,3

Применение аутогенной тренировки в клинике органических заболеваний нервной системы имеет свои особенности. Поскольку у больных органическими заболеваниями нервной системы органические, функциональные, психогенные и личностные компоненты клинической картины представлены в разных сочетаниях, комплектование групп для занятий аутогенной тренировкой представляет большие трудности. Коллективно-групповая психотерапия возможна лишь до известных пределов (например, в порядке вводного курса, дающего общие представления о задачах метода и технике). В ряде случаев более эффективными могут быть индивидуальные занятия, причем аутогенную тренировку следует рассматривать

как один из методов, входящих в общий план восстановительной и корригирующей терапии. При отборе больных для лечения методом аутогенной тренировки учитываются: сохранность интеллектуально-мнестических функций, психотерапевтическая курабельность того или иного синдрома (перспективы восстановления функциональных нарушений, возможность тренировки функций), а также отсутствие неврологических расстройств, мешающих проведению занятий (острые нарушения мозгового кровообращения, выраженный болевой синдром в начальной фазе заболевания периферических нервов и т. п.). В первую очередь для занятий должны быть отобраны больные, у которых преобладают функциональные, психогенные и личностные нарушения. Купирование этих нарушений приемами аутогенной тренировки в условиях неврологического стационара обычно приводит к индукции других больных, созданию позитивной обстановки в коллективе и преодолению пассивного отношения к лечению «собственной» болезни. Возникновение такой «цепной» реакции может быть далее использовано лечащим врачом для более широкого и в то же время дифференцированного назначения некоторых приемов аутогенной тренировки в курируемой группе. С успехом, например, можно использовать первое стандартное упражнение для преодоления страха и тревоги перед такими диагностическими процедурами, как люмбальная пункция, пневмоэнцефалография, пневмомиеелография, а также во время их проведения. Имеет значение и непосредственный противоболевой эффект мышечной релаксации. Этот факт, как мы уже упоминали, хорошо изучен экспериментально, и был проверен в условиях ожоговой клиники ВМА им. С. М. Кирова А. В. Терещенковым. Было показано, что у больных ожоговой болезнью, испытывавших мучительные боли и нередко подвергавшихся болезненной обработке кожи, под влиянием упражнений первой ступени по Шульцу заметно улучшалось общее состояние, смягчались боли, нормализовался сон. Важным объективным показателем эффективности этого метода психотерапии было значительное снижение доз снотворных и болеутоляющих средств.

Следующим шагом в коллективе больных может быть назначение аутогенной тренировки с целью регуляции сна у страдающих бессонницей или регуляции вазомоторики при ангиодистонических нарушениях. Заслуживает упоминания дифференцированное (локальное) расслабление шейно-плечевой мускулатуры при синдроме шейного остеохондроза, поясничных мышц — при поясничном остеохондрозе, приносящее ощутимую пользу в сочетании с одномоментной вертебротерапией (вытяжение поясничного отдела на наклонной плоскости или подводное вытяжение в теплой воде).

Поступление новых больных в клинику и ознакомление их с указанными упражнениями из уст «опытных» пациентов создает преемственность и понимание задач этого вида психотерапии, которые облегчают назначение длительного курса аутогенной тренировки в качестве специального метода коррекции неблагоприятных свойств личности и некоторых органических расстройств.

В зависимости от преобладания того или иного компонента клинической картины (органического, функционального, психогенного, личностного) задачи и техника упражнений видоизменяются и конкретизируются применительно к особенностям заболевания. При ведущем клиническом значении органических расстройств специальное внимание уделяют выполнению тех упражнений, которые направлены на восстановление физиологической регуляции нарушенных функций. По нашему опыту, синдромы, обусловленные нарушениями движений и мышечного тонуса экстрапирамидного и пирамидного характера, легче смягчались при лечении аутогенной тренировкой, чем мозжечковые расстройства. У больных с постэнцефалитическими экстрапирамидными гиперкинезами типа хорей, торсионной дистонии, спастической кривошеи, лицевого параспазма при применении аутогенной тренировки использовались те физиологические механизмы, под влиянием которых экстрапирамидный гиперкинез исчезает во сне или при устранении эмоционального напряжения, а также физиологические механизмы тренированной релаксации мышц. Упражнения в релаксации сочетались с занятиями лечебной физкультурой, массажем, медикаментозным и физиотерапевтическим лечением. Первые признаки улучшения обычно отмечались спустя 1,5—2 недели регулярных занятий в стационаре и становились наиболее отчетливыми через 2—3 месяца, если занятия продолжались в амбулаторных условиях.

Наблюдение 16. Большой X., 33 лет, рабочий, поступил в клинику нервных болезней ВМА им. С. М. Кирова в октябре 1966 г. с жалобами на насильственные движения головы в правую сторону, сопровождающиеся неприятным чувством напряжения и болей в мышцах шеи. Болен с марта 1965 г., когда после простудного заболевания с повышением температуры тела до субфебрильных цифр, головными болями и общей слабостью, удерживавшимися на протяжении недели, появились насильственные повороты головы вправо. Лечился без заметного эффекта амбулаторно и в стационарах. С января 1966 г., после ангины, состояние ухудшилось настолько, что был вынужден прекратить работу. При объективном исследовании выявлены признаки хронического тонзиллита, рассеянная неврологическая микросимптоматика и гиперкинез типа спастической кривошеи. Проведены тонзиллэктомия, курс лечения антибиотиками и гормональными препаратами, седативными средствами. В связи с отсутствием непосредственного эффекта от проведенной терапии назначена аутогенная тренировка в сочетании с гипнотерапией. После двухнедельного курса психотерапии выраженность гиперкинеза заметно уменьшилась. Приемами аутогенной тренировки удавалось купировать состояния гиперкинеза и удлинять светлые промежутки между периодами насильственных движений. Терапевтическое влияние аутогенной тренировки подтверждалось также электромиографическими исследованиями. Через три месяца после выписки больной сообщил, что благодаря занятиям аутогенной тренировкой он смог добиться постоянного и безболезненного удерживания головы в нормальном положении, хотя и наблюдалось некоторое чувство напряженности в мышцах шеи. Приступил к работе.

В этом наблюдении для ускоренного овладения методом аутогенной тренировки и усиления психотерапевтического воздействия применялась гипнотерапия. Хороший терапевтический эффект по понятным соображениям не мог быть отнесен лишь за счет психотерапии, однако было несомненным корригирующее и реабилитирующее влияние, ускорившее восстановление функций.

Отчетливый терапевтический эффект можно было наблюдать при использовании аутогенной тренировки и в ряде других наблюдений, в том числе при лицевом параспазме.

Наблюдение 17. Больной Ж., 39 лет, служащий, поступил в клинику в ноябре 1969 г., с жалобами на насильственное тоническое сокращение мышц лица, затрудняющее зрение вследствие спазма круговых мышц глаз, а также речь и еду вследствие спазма круговой мышцы рта. Заболел 3 года назад после перенесенного гриппа. Неоднократное лечение в неврологических стационарах с применением антибиотиков, гормонов, транквилизаторов, седативных средств, рассасывающих препаратов не было эффективным. При объективном исследовании определя-



Рис. 14. Больной лицевым параспазмом.

а — двусторонняя симметрическая тоническая судорога лицевых мышц. Интенсивное судорожное сокращение круговых мышц глаз лишает больного возможности что-либо видеть, спазм мышц рта затрудняет речь и еду; *б* — во время очень коротких (несколько секунд) промежутков между приступами спазма еще сохраняется тоническое напряжение мышц, которое произвольно, за счет сокращения антагонистов, преодолевается с большим усилием и быстро утомляет больного; *в* — после курса лечения аутогенной тренировкой остается лишь некоторое напряжение круговых мышц глаз, не нарушающее зрения.

лись очаговая неврологическая микросимптоматика и двусторонняя симметричная тоническая судорога лицевых мышц. Назначен курс лечения аутогенной тренировкой со специальными упражнениями в дифференцированном расслаблении мимических мышц. Этими приемами вначале удавалось купировать параспазм на короткое время, а в дальнейшем получить и более стойкие результаты (рис. 14 и 15 стр. 179). Через 1,5 месяца состояние больного значительно улучшилось. При выписке оставалось некоторое напряжение круговых мышц глаз, не нарушавшее зрения.

Невропатологу в практической работе часто приходится встречаться с больными, перенесшими то или иное органическое заболевание нервной системы, у которых обнаруживается преобладание функциональных следовых явлений, по степени выраженности перекрывающих органическую симптоматику. Люди эти тяжело страдают, у них нарушен эмоциональный тонус, повышена эмоционально-вегетативная и сосудистая реактивность, и лечение указанных неврозоподобных состояний методами, направленными лишь на устранение причин болезни, без коррекции функциональных расстройств, не всегда дает положительные результаты. В таких случаях включение метода аутогенной тренировки в комплекс терапевтических мероприятий вполне оправдано.

Наблюдение 18. Больной П., 35 лет, заведующий кафедрой одного из вузов, поступил в клинику ВМА им. С. М. Кирова в 1968 г. с жалобами на частые головные боли с тошнотой, утомляемость, слабость, периодические приступы сердцебиения (с учащением пульса до 120 ударов в мин.) с ощущением недостатка воздуха, колющими болями в области сердца, потливостью и стягиванием в мышцах рук и туловища. Подобные приступы повторяются почти ежедневно по несколько раз в день. Длительность их колеблется от 30 мин. до 2 ч. После приступа больной испытывает общую слабость и отмечает обильное мочеиспускание. С детства (с 12 лет) страдает частыми ангинами по 2—3 раза в год. За месяц до поступления в клинику перенес тяжелую ангину, после чего состояние значительно ухудшилось. На протяжении последних трех лет четырежды находился в различных неврологических стационарах. Заболевание расценивалось как неврастения или «диэнцефальный синдром». Лечение не приносило успеха. Попытки применения различных транквилизаторов сопровождались выраженными аллергическими реакциями. Обнаруживалась также непереносимость и многих других лекарств.

При объективном исследовании выявлена лабильность пульса со склонностью к тахикардии, периодические повышения артериального давления до 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Слизистая зева умеренно гиперемирована. Небные миндалины увеличены, пастозны, спаяны с дужками, в лакунах казеозные гнойные пробки. Эмоционально лабилен, фиксирован на своих болезненных ощущениях со склонностью к переоценке их тяжести, мнителен. Образно и подробно рассказывает о своих жалобах, быстро истощается при интеллектуальных и физических нагрузках. Лицо напряженное. Игра вазомоторов лица и шеи. Стойкий красный дермографизм. Выраженный общий гипергидроз. Ортогнатическое ускорение пульса $\div 18$. Нистагмоидные подергивания глазных яблок при крайних отведениях. Нерезко выраженные феномены орального автоматизма. Сухожильные и периостальные рефлексы высокие, с расширенной рефлексогенной зоной, без убедительной разницы. Брюшные рефлексы ниже справа.

При наблюдении за больным выявлены периодические повышения температуры, лейкоцитоз до 8000 в 1 мм^3 крови, ускорение РОЭ до 31 мм в час. На электроэнцефалограмме определяется дизритмия с наличием низкоамплитудных медленных θ -волн во всех отведениях, особенно в лобных и лобно-теменных областях, сниженная реактивность. Установлен диагноз: тонзиллогенный инфекционно-аллергический церебральный васкулит с частыми вегетативно-сосудистыми кризисами. Астеническое состояние. Назначено лечение антибиотиками, под прикрытием которых произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Непосредственно после операции отмечалось повышение температуры до 38° , чувство жара; возникли бессонница, тревога; находясь в забытьи, слышал голоса родственников. Наблюдалась смена переживаний: то чувствовал себя лежащим на койке, то находящимся на мраморных ступенях вестибюля клиники. В ближайшие два дня эта психотическая вспышка бесследно исчезла, хотя по-прежнему еще беспокоили вегетативно-сосудистые кризы. После выписки из клиники назначено лечение аутогенной тренировкой. Больной пишет в самоотчете: «С третьего дня после начала занятий отчетливо ощутил чувство тяжести в правой руке. На шестой день это чувство само перешло на левую руку и на восьмой день — на ноги, сразу на обе, тоже само по себе. Начиная с 10-го дня, стал упражняться в вызове чувства тепла. 11-й и 12-й дни — едва ощущается, но вскоре само по себе, без больших усилий с моей стороны, возникло чувство тепла, которое было сильным. Первые признаки улучшения общего состояния появились на 5—6-й день. Почувствовал себя бодрее. На 10-й день смог совершать прогулки, перестало возникать головокружение, чуть позже стало налаживаться дыхание, возникавшее удушье стало мягче и приступы короче. Чувство тяжести, начиная с 10-го дня, возникает во всех конечностях отчетливо и сразу же, в первую же секунду, как только скажешь себе: «в руках тяжесть». Чувство тяжести возникает резким толчком, иногда волнами в два-три толчка, после которых наступает приятное полудремотное состояние. Утром толчки самые слабые, днем сильнее и к ночи самые сильные.

Настроение улучшилось, повысилась работоспособность. За пределами приступов как-то укрепилось ощущение самого себя, мускулы как будто чуть налились. Общение с другими людьми перестало быть мучительным. Приступы стали

наступать реже и несколько видоизменились. Отступило удушье и напряженность в мышцах. 16—17-й дни. . . Стало легче. Хожу гулять по 45 мин, включаюсь понемногу в активную жизнь. Руководил по телефону некоторыми служебными делами. Все дни упражнения на расслабление делал регулярно, но два раза вечерние упражнения пропускал, потому что засыпал раньше, чем заканчивались упражнения. Теплота вызывается слабо. . .

Последующие шесть недель. . . Приступы становятся еще реже. Иногда выезжаю на работу, читаю лекции, хотя и с трудом. . . Спустя полтора месяца после начала упражнений. . . Приступы бывают очень редко и слабые. Увеличилась работоспособность. В иные дни могу работать по 6—8 ч подряд. Улучшилось настроение, мышление углубилось».

В этом наблюдении очевидно органическое начало болезни и постепенное обрастание ее выраженной функциональной (не психогенной) симптоматикой, доминирующей на протяжении всех сроков исследования больного. Наличие аллергических реакций и индивидуальной непереносимости транквилизаторов и других седативных средств фактически исключало медикаментозную регуляцию вегетативно-сосудистой и эмоциональной сферы и было одной из побудительных причин к назначению лечения аутогенной тренировки, приведшей к восстановлению работоспособности.

Функциональные, особенно вегетативно-сосудистые, расстройства, так часто встречающиеся у больных с нарушениями мозгового кровообращения, при гипертонической болезни и атеросклерозе сосудов головного мозга у больных, перенесших мозговую инсульт или инфаркт миокарда, также смягчались под влиянием аутогенной тренировки. Важно было и профилактическое применение этого метода для устранения чрезмерной эмоциональной напряженности у больных сосудистыми заболеваниями. Как мы уже говорили, в неврологической клинике аутогенная тренировка может с успехом применяться с целью купирования психогенных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического заболевания нервной системы, и с целью коррекции реакции личности на болезнь.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

О психогигиеническом и психопрофилактическом применении аутогенной тренировки впервые упоминает сам создатель этого метода Schultz (1928). Однако на первых этапах были оценены и применены главным образом ее лечебные приемы, а психопрофилактические возможности этого метода оказались развиты слабее. В последующие годы на эти широкие возможности аутогенной тренировки стали обращать все больше внимания и появились попытки модифицировать и применить ее в различных отраслях человеческой деятельности, где к нервной системе человека предъяв-

ляются повышенные требования в силу тех или иных условий среды или производства. На Западе в этом направлении много работал Müller-Hegemann (1956, 1967, 1962). У нас вопрос о психопрофилактических возможностях аутогенной тренировки впервые подняли А. М. Свядощ и А. С. Ромен в методическом письме 1966 г.

Сейчас почти все специалисты, разрабатывающие приемы этой методики, широко пропагандируют ее для широких масс населения, занятых на производстве, работающих в области науки, занимающихся спортом и т. п. Аутогенная тренировка рекомендуется для поддержания «психического тонуса» и настроения, в качестве приемов «психической зарядки» как один из компонентов обычной утренней физкультуры, как дополнение к «гимнастике по радио».

Если о физическом воспитании много говорят и пишут, то нервно-психическому совершенствованию уделяется еще очень мало внимания. Бережно выращивать и тренировать свои положительные и полезные задатки и подавлять отрицательные и вредные — главная задача индивидуального нервно-психического самовоспитания. Здесь почти так же, как и в двигательной сфере, многое может быть достигнуто упражнениями. Достаточно вспомнить, что И. П. Павлов неоднократно указывал на «громкие возможности тренировок полушарий головного мозга».

Изучением неблагоприятных влияний внешней среды и разработкой способов их устранения занимается социальная и профессиональная гигиена. Существует и другой путь преодоления отрицательного влияния внешних факторов на нервную систему — путь оптимизации собственной психики. Имеется в виду не только создание хорошего настроения. Речь идет о той внутренней регуляции нервной деятельности, которая помогает раскрыть и мобилизовать ресурсы нервной энергии человека, выработать правильное отношение к себе и своим возможностям. В такой регуляции повседневно нуждается каждый человек, а тем более люди эмоционально напряженные, возбудимые, нерешительные, с низким коэффициентом полезного действия. Отсюда часто возникает задача самоутверждения, преодоления недостатков путем упорной и длительной тренировки нервных процессов. Лучше и легче всего удастся, как правило, то действие, которое наиболее автоматизировано (натренировано) или же которое происходит на фоне оптимально положительных эмоций, в состоянии внутренней свободы и собранности, уверенности в достижении цели («вдохновение»). При этом человек не испытывает излишнего нервного и мышечного напряжения. Знание законов нервной деятельности и использование их в положительных целях необходимо не только больным, но и здоровым. Большое достоинство аутогенной тренировки состоит в том, что она довольно простыми средствами открывает путь к управлению своими ощущениями, эмоциями, путь к совершенствованию некоторых психических функций. В некоторых странах (Польша и др.) по телевидению стали передавать приемы аутогенной тренировки для широкой публики.

Система упражнений, рекомендуемых нами с психогигиеническими целями, отличается от психотерапевтической системы меньшим объемом и отсутствием упражнений органотренировки. Состояние эмоциональной свободы, сосредоточенности и самообладания приобретает тренировкой ощущения тяжести (расслабление мышц) и тепла в сочетании с легкой прохладой в области лба. Дополнительное ощущение эмоционального равновесия наступает и при равномерном, неторопливом и несколько углубленном дыхании («вдох облегчения»). Поэтому здоровому человеку целесообразно заниматься именно этими упражнениями. Поскольку в дневные часы занятому человеку трудно выбрать время и место занятий, мы советуем психогигиеническую гимнастику проводить два раза в день (утром и вечером).

ЕЖЕДНЕВНАЯ ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА

Утренние занятия. Для их проведения используется естественное переходное состояние от сна к бодрствованию, тотчас по пробуждении. Гимнастика состоит из трех частей:

I часть. Лежа на спине с закрытыми глазами в обычном исходном положении однократно, медленно и настойчиво мысленно проверить полноту мышечного расслабления во всем теле. Это вызывает эмоции спокойствия. Затем следует образно и возможно более ярко представить себе ощущения, соответствующие аутогенному погружению. Можно привлекать такие формулы: «Моя правая рука очень тяжелая... Она налилась свинцом... Тяжесть разливается по всему телу... Все тело стало очень тяжелым, расслабленным... Появляется приятное чувство тепла в правой руке... Тепло растекается по всему телу... Я охвачен теплом, как в теплой ванне... Легкая прохлада обвеивает лоб».

II часть. Образно представить себе состояние собранности и готовности к действию. Дыхание в «утреннем» варианте (удлиненный вдох и энергичный выдох). Используются формулы: «Я весел и спокоен... улыбаюсь... Дыхание свободное, ровное и глубокое... Заряжаюсь внутренней энергией... Свежесть и бодрость наполняют меня... Владею собой без усилий... Впереди плодотворный день... Воля собрана, как пружина... Мышцы напряглись... Внимание...! Встать!».

III часть. Встать с постели и приступить к физической зарядке. Наряду с обычными гимнастическими упражнениями обращать особое внимание на умение сразу же после напряжения мышц полностью их расслаблять. После полного расслабления мышц научиться мгновенно и достаточно сильно напрягать их. Тренировать способность быстрого перехода от напряжения к расслаблению и обратно.

Упражнения I и II частей утренней психогигиенической гимнастики со временем дают состояние эмоциональной уравновешенно-

сти, сосредоточенности и концентрации внимания. Особое значение имеет III часть. Главное здесь — тренировка самообладания. Умение быстро расслабляться и, наоборот, мобилизоваться, развивает подвижность основных нервных процессов, психическую гибкость, повышает волевой тонус и дает способность в любой обстановке быстро и незаметно подавлять отрицательные эмоции.

Вечерняя психогигиеническая гимнастика проводится перед сном. После принятия удобной, привычной позы в постели с закрытыми глазами и расслабленными мышцами, начать упражнения, соответствующие I части утренней психогигиенической гимнастики. Здесь очень важно обращать внимание на максимальное расслабление мышц и вызывание яркого ощущения тепла в конечностях и во всем теле. Добившись этого, все внимание концентрируют на дыхании. Выполнив несколько глубоких вдохов и выдохов, упорно стараются найти ровный, замедленный и слегка углубленный ритм дыхания, сосредоточиваясь на расслабленном и удлиненном выдохе («вечернее дыхание»).

После овладения приемами психогигиенической гимнастики формулы могут видоизменяться в требующемся направлении. Например, при эмоциональной неустойчивости могут быть введены формулы: «Спокойствие без усилий», «Я уверен в себе», «Я внутренне улыбаюсь». Главное правило в самостоятельном выборе формул: они должны утверждать, а не отрицать. Нельзя формулировать: «Я не раздражаюсь». Нужно: «Я совершенно спокоен». Если повелительный стиль самоприказа вызывает внутреннее сопротивление, то строить формулы лучше в мягкой форме, в виде пожелания («Пусть я стану совершенно спокойным») (Müller-Hegemann, 1956).

Для коррекции свойств личности, выравнивания эмоциональных колебаний и «моделирования» нужного настроения особенно ценны приемы II ступени аутотренинга, которые подробно будут изложены в специальном разделе.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА И САМОВОСПИТАНИЕ

Человеческие способности обнаруживаются в разной степени и в разное время. Нередко они выявляются лишь под влиянием многолетнего, настойчивого и мучительного самопреодоления неприятных свойств характера, недостаточности воли, эмоциональных недостатков и т. д. Примерами служат застенчивый, косноязычный Демосфен — впоследствии великий оратор; «бездарные», «малоспособные» и даже «тупые» в школьные и юношеские годы Гаусс, Гельмгольц, Карл Линней, Ньютон, Свифт, Вальтер Скотт, Джеймс Уатт, Шеридан; «бесталанные» до 20 лет Вагнер и Чайковский, и даже «посредственный школьник и студент» — Эйнштейн.

Существуют методы перевоспитания определенных свойств личности, пути перестройки собственной психики в нужном направле-

нии. Эта оптимизация психической деятельности большинством достигается либо самовнушением, либо сознательной и упорной волевой тренировкой нервных процессов. В повседневной жизни каждый человек, не всегда сознавая это, пользуется приемами самовнушения. Так, военнослужащий, прежде чем войти в кабинет к начальнику, приглаживает прическу, одергивает мундир, расправляет плечи и т. д. За этими внешними явлениями кроется не что иное, как молчаливое самовнушение. Если его перевести на язык слов, оно означает: «Я выгляжу молодецково, подтянуто! Я бодр, энергичен, готов к выполнению любого трудного задания!» К такому же роду психологических явлений относятся и некоторые другие действия, например тщательный утренний туалет и новая одежда в особо ответственных и торжественных случаях. Многие нуждаются в ежедневном сознательном самоободрении.

Упражнению своих чувств и воли уделяли много внимания великие люди прошлого. Леонардо да Винчи, утверждая, что наше познание начинается с ощущений, сознательно занимался целенаправленной тренировкой органов чувств, памяти, художественного воображения, внимания. Наставляя своих учеников, Леонардо да Винчи писал: «Также я испытал на себе, что получается немалая польза от того, чтобы лежа в постели в темноте повторять в воображении поверхностные очертания форм, прежде изученных... это очень похвально и полезно для того, чтобы закреплять себе предметы в памяти» («Письма». М., 1962). Эмпирически было найдено, что именно переходное состояние от бодрствования ко сну и повторение воображаемых очертаний во время наступления этого фазового состояния позволяет тренировать память и воображение. Это близко к приемам аутогенной тренировки.

И. М. Сеченов в своих автобиографических записках пишет о С. П. Боткине: «Тонкая диагностика была его страстью и в приобретении способов к ней он упражнялся столько же, как артисты, вроде Антона Рубинштейна, упражняются в своем искусстве перед концертом. Раз, в начале своей профессорской карьеры, он брал меня оценщиком его умения различать звуки молоточка по плессиметру. Становясь посередине большой комнаты с зажмуренными глазами, он велел обертывать себя вокруг продольной оси несколько раз, чтобы не знать положения, в котором остановился, и затем, стуча молотком по плессиметру, узнавал, обращен ли плессиметр к сплошной стене, стене с окнами, к открытой двери в другую комнату и даже к печке с открытой заслонкой».

Приведенные примеры показывают эмпирически найденную возможность использования элементов аутогенной тренировки в повседневной жизни, в перевоспитании или перестройке отрицательных свойств собственной психики, в профессиональной деятельности. К этим элементам относятся: выбор времени для тренировки (переходное состояние между бодрствованием и сном), тренировка расслабления мышц, тренировка нервно-психических процессов (внимания, памяти и т. д.). Очевидно, многие люди эмпирически находят эти приемы для саморегуляции нервной деятельности.

Так, совсем недавно к нам обратился один из известных деятелей искусства Ленинграда в связи с нарушением сна. Когда мы предложили ему лечение аутогенной тренировкой, то оказалось, что он, не зная этого метода, уже давно в случаях, когда снотворные не оказывали эффекта, добивался хорошего сна путем сознательного максимального мышечного расслабления.

Отсюда следует вывод о возможности использования аутогенной тренировки каждым, в том числе здоровым человеком. Знание механизмов нервно-психической деятельности и овладение своими чувствами и волей — это путь к раскрытию ресурсов, заложенных в человеческом мозгу.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА КАК МЕТОД ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Аутогенная тренировка за последние годы получает признание в различных отраслях производства. Опыт применения АТ на производстве за рубежом опубликован Klotz и др. (1958); de Bousingen (1962).

Исходя из того, что «современная жизнь жителей больших городов напряженно воздействует на нервное и психическое равновесие», они предложили организовать «центры релаксации» на производстве и использовать для занятий 15-минутные перерывы в работе, собирая для этого рабочих в особые помещения.

Норре (1961) и Müller-Negemann (1961, 1962) придерживаются мнения о том, что не только рабочие, но и вообще лица, работающие с большой нагрузкой, занимающие ответственные посты, должны прибегать к аутогенной тренировке. На некоторых крупных производствах во Франции аутогенная тренировка введена как для рабочих, так и для руководящего состава (Sivadon, 1960). В странах немецкого языка она проводится со школьниками и студентами (Alberts, 1957; Alnaes, 1959; Bauer e. a., 1965). В Австрии на некоторых конвейерных производствах она применяется в виде «аутогенных пауз» в процессе работы.

В Ленинграде первый опыт применения аутотренинга как приема профилактики профессиональных заболеваний был организован в одном из цехов объединения «Электросила» (Л. Неверовский, 1970). Отдел НОТ завода так формулировал свои задачи: «В сложной системе человек — машина ведущее место принадлежит человеку и задачей как социологов, так и научной организации труда является помощь организму человека в приспособлении к условиям работы, темпу производства». Был выбран цех, где работа характеризуется быстрым ритмом, монотонностью и однообразием выполняемых операций, что вызывает перенапряжение нервно-мышечной системы и приводит к профессиональным заболеваниям типа миозитов.

Лабораторией физиологии труда Ленинградского института гигиены труда и профессиональных заболеваний (проф. Л. В. Дон-

ская) был произведен ряд исследований в этом цехе. В результате динамометрического исследования было обнаружено, что к концу каждого рабочего дня и к концу рабочей недели наблюдается снижение показателей выносливости, что характерно для усиливающегося рабочего утомления. Электромиографические исследования выявили нарушение процесса расслабления мускулатуры у работниц. С помощью тонометрии изучался тонус сгибателей и разгибателей пальцев рук и колебания его в течение дня и недели. При изучении способности мышц к расслаблению было замечено, что вырабатывается она постепенно и требует определенной тренировки — трудового навыка. Плетизмограммы работниц этого цеха показали, что в течение рабочей недели ухудшается кровоснабжение обеих рук под влиянием рабочей нагрузки.

В этих условиях для улучшения режима труда и отдыха нами (И. А. Копылова) были организованы занятия аутоотренингом.

Вначале занятия проводились в специальном помещении обычным методом, применяемым для лечения неврозоз в клиниках (Г. С. Беляев и А. А. Мажбиц, 1968, 1970). Для занятий была отобрана небольшая группа работниц с разной степенью профессиональных жалоб — преимущественно на боли в руках и ногах. В процессе занятий измерялись артериальное давление, пульс и кожная температура, которые дали те же показатели, что и при исследованиях в клинике: повышение кожной температуры в среднем на 1,5—2,0° и нормализацию артериального давления в процессе занятия как в сторону повышения, так и в сторону понижения его. В отчетах занимающихся были отмечены: приятный отдых, тяжесть и тепло в руках и ногах, снимающиеся как чувство утомления, так и болевые ощущения (болевые ощущения при сформировавшихся длительно существующих профессиональных миозитах снимались только в процессе длительной самостоятельной тренировки, но через некоторое время вновь возникали, хотя и менее интенсивно). Эффективность приемов релаксации в уменьшении явлений утомляемости, ригидности мышц и т. п. и регуляции гемодинамических нарушений была отмечена при повторных исследованиях этих людей вышеуказанными методиками (миограммы, плетизмограммы, динамометрические исследования, рис. 15, а, б). В дальнейшем занятия были перенесены непосредственно в цех (специально для этого радиофицированный). Это потребовало значительного изменения методики аутоотренинга применительно к условиям производства. Занятия проводились в течение 30 мин, когда останавливалось все производство, но рабочие оставались на своих местах, на высоких табуретах с подножкой, за столами. Изменения методики касались следующего: поза с откинутой головой, полулежа, была заменена позой, близкой к «позе кучера»: голова опущена на грудь, но корпус оставался откинутым на невысокую спинку вертящегося табурета, что позволяло сохранить дыхательные упражнения, которые мы считали особенно ценными в этом комплексе. Особый акцент получили упражнения с теплом в руках и ногах, общее последовательное расслабление всего тела и мышц лица. Цикл обу-

чения прошли все работающие в цехе (занятия проводились один раз в неделю, при требовании обязательного самостоятельного повторения их дома). Курс составили 10 занятий, включающих обязательные вводную и заключительную беседы как неперемное условие для понимания предлагаемых упражнений. Упражнения

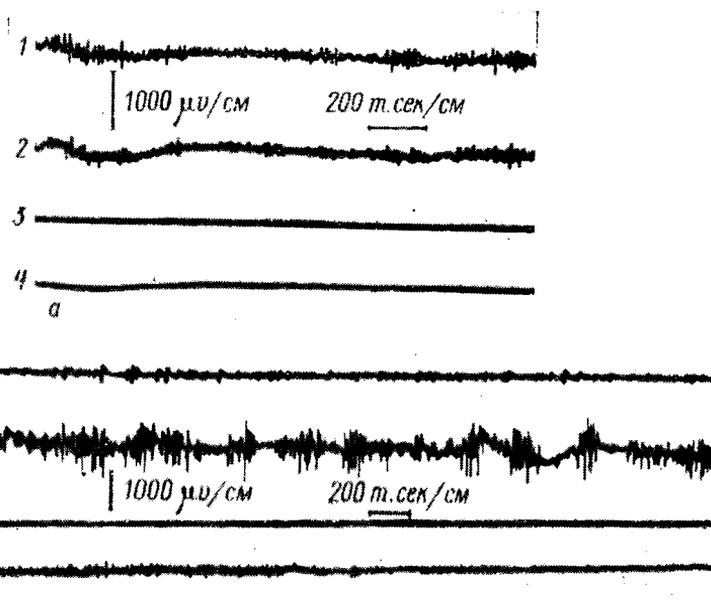


Рис. 15.

а — электромиограммы круговых мышц глаза: 1 и 2 — биопотенциалы правой и левой круговых мышц глаза в покое. Обнаруживается усиленная биоэлектрическая активность, обусловленная непрерывно возобновляющимся тоническим спазмом указанных мышц; 3 и 4 — биопотенциалы круговых мышц глаза во время сеанса дифференцированного мышечного расслабления. Тренированная релаксация приводит к устранению электрической гиперактивности и тонического спазма; регистрируется электромиограмма, характерная для здоровой мышцы в покое; *б* — электромиограммы круговой мышцы рта: 1 — биоэлектрическая активность мышцы в покое, свидетельствующая о наличии тонического спазма; 2 — нарастание амплитуды и появление сгруппированных биопотенциалов в той же мышце при попытке говорить; 3 — нормализация биоэлектрической активности мышцы в покое во время сеанса аутогенной тренировки; 4 — биоэлектрическая активность той же мышцы при разговоре на фоне тренированной релаксации мимических мышц. Видна значительная редукция амплитуды и отсутствие сгруппированных потенциалов по сравнению с электромиограммой до начала лечения аутогенной тренировкой (сравни п. 2 и п. 4 рисунка).

с теплом в животе и грудной клетке почти не проводились, что обуславливалось общими установками занимающихся.

Опыт был оценен положительно как самими занимающимися (уменьшение болевых ощущений и снятие утомления), так и физиологами и сотрудниками отдела НОТ завода, также принимавшими участие в занятиях как «работники умственного труда с большой перегрузкой» (Л. В. Неверовский, 1970). В дальнейшем эти занятия приобрели характер «тренинг-пауз», передаваемых по радио с за-

ранее записанных пленок, рассчитанных на 5—7 мин и являющихся по своему содержанию поддерживающими и закрепляющими приобретенные ранее навыки.

Этот первый опыт дал определенные положительные результаты, однако методика таких занятий может быть разработана лишь в результате длительного эксперимента на статистически достоверном материале в корреляции с динамикой производительности труда и снижением частоты профессиональных заболеваний (миозитов).

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЧАСТИЧНОЙ СЕНСОРНОЙ ИЗОЛЯЦИЕЙ

Длительному воздействию небольшого числа однообразных раздражителей с ограничением других (обычных и разнообразных) сигналов внешней среды придают ведущее значение в развитии особых состояний апатии, тревоги и страха. Известно, что такое состояние подробно описали Бомбар, пересекший на парусной лодке в одиночестве Атлантический океан за 65 суток, а также Бирд, остававшийся без товарищей на отдаленной антарктической базе в течение 6 месяцев полярной ночи.

Известный ученый доктор Линдеман решил повторить опыт длительного одиночного плавания. Так как он придавал, по его словам, моральному фактору не меньшее значение, чем физическому, Линдеман предварительно изучил работы Шульца и освоил аутогенную тренировку. Укрепление волевых качеств и работоспособности благодаря систематическому применению аутогенной тренировки позволило ему проплыть в пироге от Западной Африки до Гаити за 119 дней и на складной лодке — от Канарских до Антильских островов. На протяжении всего этого одиночного путешествия его нервно-психическое состояние оставалось хорошим. Более того, самообладание и психо-физическая выносливость, выработанные и подкрепленные аутогенной тренировкой, по мнению Линдемана, спасли его от гибели на 57-й день путешествия, когда лодку опрокинуло и он во тьме и в воде на протяжении 8 ч в условиях шторма с трудом удерживался за скользкий борт лодки.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОКИНЕЗИИ

В этих условиях нервная система подвергается действию суммационного раздражителя. Он складывается из относительной сенсорной изоляции или перцепторной депривации, психологического и физиологического влияния ограниченного пространства, иногда непрерывности и строгой подчиненности следования рабочих операций, невесомости, собственно гипокинезии и многих других факторов. Перечисленные факторы могут оказывать особенно заметное влияние на нервную систему космонавта (в длительном косми-

ческом полете), танкиста, подводника (в автономном походе), оператора радиолокационной станции (во время суточных дежурств), летчика (при длительных ночных полетах). Применение аутогенной тренировки для профилактики нервно-психических расстройств в этих областях профессиональной деятельности только еще начинается (В. Л. Марищук, М. И. Тищенко и соавт., 1967; А. М. Свядош и А. С. Ромен, 1966; В. С. Лобзин и Ю. М. Кулагин, 1968).

На базе ВМА им. С. М. Кирова было проведено несколько клинических экспериментов, имитирующих длительную невесомость (60—100-суточная гиподинамия). Неврологическое обследование проводилось под руководством проф. А. Г. Панова. У здоровых испытуемых добровольцев под влиянием длительной гипокинезии отмечалось этапное развитие нарушений высшей нервной деятельности (расстройство сна и эмоциональной сферы, астения, невротические срывы), появление феноменов орального автоматизма, дискоординация движений и возникновение «синдрома межполушарной асимметрии».

Успешный опыт применения аутогенной тренировки летчиками при полетах в сложных условиях накоплен В. Л. Марищук, К. К. Платоновым и соавт. (1969). По их данным, при выполнении сложных фигур высшего пилотажа, при дозаправке самолета в воздухе и в иных напряженных ситуациях эмоционально-вегетативная устойчивость летчиков, занимающихся аутогенной тренировкой, значительно повышается (по сравнению с контрольной группой). При экспериментальной тренировке курсантов-летчиков особое внимание обращалось на способность летчика в условиях эмоциональной нагрузки сохранять устойчивость двигательных и психических функций. Выяснилось значение так называемых «состояний напряженности» в полете. Этим термином обозначается особый вид эмоционального состояния с временным угнетением некоторых психических и двигательных функций (скованность мышц, ухудшение координации движений, заторможенность, снижение внимания и т. д.).

В состоянии напряжения летчик допускает несообразные, неkoordinированные движения рычагами управления, что ведет к грубым ошибкам в пилотировании; оператор перестает «видеть» цель на экране. Это неблагоприятное состояние напряженности может вызываться не только отрицательными, но и чрезмерно положительными эмоциями, например, возникающими при очень сильном чувстве ответственности. В таком состоянии напряженности человек обычно не замечает у себя внешних его проявлений. В. Л. Марищук (1965) разработал систему самоконтроля за внешними проявлениями эмоций и воспользовался аутогенной тренировкой для выработки специальных навыков к наиболее полному произвольному расслаблению мышц и установлению спокойного ритма дыхания. По этой системе для воспитания у летчика привычки к самоконтролю за внешними проявлениями эмоций рекомендуется использовать всевозможные случаи в быту, профессиональной деятельности и на занятиях по физической подготовке.

Во время нахождения летчика в кабине самоконтроль производится по следующей схеме:

Задать себе вопросы:

- Нет ли непроизвольного напряжения мышц? Не скован ли? Не зажал ли управление?
- Как я сижу? Как мимика? (не прижался ли к борту кабины, не спрягал ли голову в плечи, не сжал ли челюсти?)
- Как я дышу? (нет ли прерывистого, поверхностного, учащенного дыхания, остановок дыхания?)

Что предпринять:

- Расслабить мышцы рук и ног; легко взять управление
- Расслабить мышцы спины, груди, шеи, лица. Принять правильную позу
- Сделать 2—3 глубоких вдоха. Установить спокойный ритм дыхания

Путем систематических упражнений рекомендуется формировать навыки в расслаблении отдельных мышц, всего тела и одновременного расслабления и напряжения разных мышц. Упражнения на расслабление мышц сочетаются с обычными занятиями по физической тренировке.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА ПРИ ОБУЧЕНИИ

Попытки использовать фазовые состояния для восприятия и запоминания учебной информации предпринимались сравнительно давно (А. М. Свядош, 1940, 1960). Применялись как методы гипнотического внушения, так и субсенсорная суггестия в бодрствующем состоянии (Лозанов, 1971). Вопросы применения аутогенной тренировки при воспитании и обучении изучались японскими исследователями, сотрудниками института Оскара Фогта в Фукуока (Uchiyama, 1967). Э. Г. Рейдер показала, что релаксация и аутогенная тренировка способствуют восприятию информации, требующей запоминания (Э. Г. Рейдер и С. С. Либих, 1967; Э. Г. Рейдер, 1968, 1970). При попытках усвоить информацию, требующую творческой переработки и понимания, методы аутотренинга таких преимуществ не дают.

Несмотря на интересные результаты, полученные рядом исследователей, проблемы суггестопедии, релаксопедии и обучения в состоянии аутогенного погружения еще далеки от окончательного разрешения.

О ВЫСШИХ СТУПЕНЯХ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Упражнения низших ступеней воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. В ряде случаев этого оказывается недостаточно для достижения стойкого терапевтического эффекта, особенно тогда, когда возникает необходимость глубокого воздействия

на личность. С целью терапевтического воздействия на высшие психические функции Schultz (1932a, 1966) предложил «вторую ступень» аутогенной тренировки, упражнения которой должны научить тренирующегося вызывать у себя с лечебной целью сложные переживания, которые приводят к излечению через «аутогенное отреагирование» и «самоочищение» (катарзис).

Schultz считал «стандартные упражнения» аутогенной тренировки (первой ступени) лишь подготовкой к основному лечению — «аутогенной медитации» (второй ступени). Первые работы Шульца, освещающие проблемы высших ступеней аутотренинга, были им опубликованы раньше, чем сложился комплекс «стандартных упражнений» (1920, 1929a, 1930). Основные приемы «аутогенной медитации» Schultz заимствовал из системы раджа-йоги (1932a).

В итоге длительного экспериментирования был создан сложный комплекс приемов.

АУТОГЕННАЯ МЕДИТАЦИЯ ПО И. ШУЛЬЦУ

Schultz считал, что приступать к упражнениям в аутогенной медитации можно только после того, как тренирующийся научится вызывать ощущения, свойственные упражнениям первой ступени, уверенно и быстро, за 20—30 с. После этого следует удлинять время «переживания» стандартных упражнений и научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время — по часу и более. Во время такого переживания («пассивной концентрации») у тренирующегося возникают различные сенсорные аутогенные разряды, в первую очередь и главным образом визуальные феномены («облакообразные», «тени», линии, «простейшие формы», цветные пятна, статические объекты, движущиеся объекты, различные статические и движущиеся образы). Schultz полагал, что этот подготовительный период к собственно медитативным упражнениям должен занимать около 8 месяцев тренировки.

Такие визуальные феномены возникают первоначально еще во время выполнения упражнений стандартной серии. Дальнейшая подготовка состоит в длительном (30—60 мин) выполнении стандартных упражнений при наличии «раздражающих помех» — яркого света, шума, звучащего радио и т. п. Тренирующийся должен научиться, невзирая на помехи, вызывать и удерживать состояние «пассивной концентрации». Это достигается через 17—18 недель тренировки. Лишь не ранее 20-й недели можно приступать к систематизированной серии медитативных упражнений.

Первое упражнение медитации заключается в фиксации спонтанно возникающих цветовых представлений. После 2—4 недель такой тренировки тренирующийся начинает «видеть» вначале беспорядочно чередующиеся цвета, а затем — на фоне перемежающихся цветовых бликов — один какой-либо цвет, доминирующий в поле зрения.

Второе упражнение медитации состоит в вызывании определенных цветовых представлений, «видений» заданного цвета, внушаемого психотерапевтом. Schultz советует называть цвета описательно — «пурпурный», «серебристый» и т. п., так как каждый цвет вызывает определенные переживания и в этом случае легче стимулировать нужные ассоциации. Так, например, пурпурный, красный, оранжевый, золотистый и желтый цвета вызывают ощущение тепла. Синий цвет является холодным, голубой — вызывает прохладу в области лба; черный и темно-пурпурный ассоциируются с неприятным чувством угнетения и общей тревоги.

Второе упражнение осваивается от 2 до 16 недель для того, чтобы научиться вызывать у себя заданные цвета и связанные с ними эмоциональные ассоциации.

Третье упражнение медитации заключается в визуализации конкретных предметов. Schultz отмечает, что лишь немногие тренирующиеся могут легко вызывать у себя четкое «видение» конкретных объектов. Большинство представляет себе такие объекты «в общем» или в виде их характерных деталей. Тем не менее, если условия тренировки соблюдаются тщательно, тренирующийся может научиться «видеть» конкретные предметы уверенно и ясно. Вначале — это предметы, возникающие в воображении произвольно, а в дальнейшем — заданные объекты. Третье упражнение разучивается после 20—30 недель тренировки. В конце этого периода тренирующийся может «увидеть» среди неодушевленных конкретных предметов и себя самого.

Четвертое упражнение медитации. К нему следует переходить после того, как тренирующийся уверенно овладеет «видением» при закрытых глазах. Тренирующийся сосредоточивается на зрительном представлении абстрактных понятий, таких как «справедливость», «счастье», «истина» и т. п. Во время выполнения этого упражнения возникает поток представлений, строго индивидуальных, но поддающихся определению. Например, «свобода» ассоциируется с «белой лошадью, скачущей по прерии», понятие «детство» вызывает в памяти молоко, «энтузиазм» — образ Жанны д'Арк. Конкретные зрительные образы, ассоциирующиеся с абстрактными понятиями, помогают, по мнению Шульца, выявить подсознательному. Этот этап тренировки длится до 6 недель.

Пятое упражнение медитации. При длительном (30—60 мин) выполнении четвертого упражнения «пассивное внимание» концентрируется на определенных специфических ощущениях — «переживании некоторых ситуаций, связанных с возникновением желаний», «мощных и облагораживающих эмоций»; тренирующийся видит себя на берегу штормового моря или на вершине горы во время восхода солнца. Такие переживания возникают вначале спонтанно, следует научиться вызывать их произвольно и целенаправленно. При переживании подобных состояний рекомендуется привлекать литературные ассоциации. Во время выполнения пятого упражнения тренирующийся нередко «видит» себя в центре воображаемой ситуации.

Шестое упражнение медитации. По контрасту с такой «эгоцентрической» картиной на следующем, шестом, этапе тренировки тренирующийся должен научиться вызывать образы других людей. Вначале следует концентрировать внимание на сравнительно безразличных образах (почтальон, торговец, шофер автобуса и т. п.), так как отмечено, что визуализация лиц, связанных известными отношениями с тренирующимся (отрицательными или положительными) затруднена. Такие образы возникают труднее и являются неустойчивыми. Однако по мере освоения этого упражнения следует научиться вызывать образы не только «нейтральных» лиц, но и эмоционально окрашенные образы приятных и неприятных пациенту людей. Автор отмечает, что в этих случаях образы людей возникают несколько шаржировано, карикатурно, т. е. их свойства, приятные или неприятные пациенту, подсознательно подчеркиваются, гиперболизируются. Постепенно такие образы становятся все более «спокойными», «бесстрастными», смягчаются карикатурные черты, элементы эмоциональной гиперболизации. Это служит, по мнению автора, важным показателем успешного освоения упражнения, начавшейся «аутогенной нейтрализации». Шестое упражнение считается окончательно освоенным после того, как тренирующийся научится вызывать в своем представлении одинаково «реалистично» как безразличных ему людей, так симпатичных и неприятных.

В отличие от техники аутотренинга первой ступени описанные шесть упражнений не повторяются; по мере их освоения тренирующийся переходит к следующему этапу медитации. Например, освоив визуализацию конкретных предметов, нет необходимости вызывать бессюжетные цветовые представления и т. п.

Седьмое упражнение медитации, названное Шульцем «ответ бессознательного», завершает серию медитативных упражнений и является важнейшим в этой серии. Автор считает, что на этой окончательной фазе медитативной тренировки тренирующийся достаточно овладел способностью к «пассивной концентрации», чтобы спросить себя «Чего я хочу?», «Кто я такой?», «В чем моя главная проблема?» и т. п. В ответ на такие вопросы подсознательное отвечает потоком образов, помогающих увидеть себя «со стороны» в разнообразных, в том числе и тревожащих ситуациях. Так возникает ситуация катарзиса, самоочищения и наступает «аутогенная нейтрализация», т. е. излечение.

В качестве примера Schultz (цит. по Luthe, 1969) приводит один из протоколов выполнения седьмого медитативного упражнения. В ответ на вопрос «Кто я?» тренирующаяся видит себя девочкой-дошкольницей, играющей в песке во время летних каникул. Играет она в одиночестве и у нее возникают мысли, что каждый, в сущности, одинок. Затем тренирующаяся видит своего отца на смертном одре, затем — распятого Иисуса Христа, далее — своего друга, которого не видела много лет, различные сценки из прожитой ею жизни. Все эти быстро сменяющиеся картины «удивительным образом формируются в представлении истины» и дают

«понимание истинного смысла реальной жизни и моего места в ней.

Анализируя приведенное описание медитативных упражнений по Шульцу, нетрудно заметить, что они сводятся к серии приемов своеобразного «аутопсихоанализа». Значение, какое придавал им автор, видно хотя бы из того, что в шеститомном руководстве «Аутогенная терапия» (1969—1970), последнего издания, в работе над которым Schultz принимал участие, приемам высших ступеней и методам «аутогенной нейтрализации» отведена почти половина текста. Несмотря на это, высшие ступени аутотренинга по Schultz, в отличие от приемов первой ступени, не получили распространения ни в нашей стране, ни за рубежом, хотя, судя по доступной литературе, не было недостатка в попытках ее применения (Krestschmer, 1951; Feddersen, 1954; Luthe, 1960; Yamaoka, 1967; В. Л. Райков, 1968).

Психоаналитическая концепция автора с его пониманием «трехслойной» структуры личности делает вторую ступень аутогенной тренировки по Schultz-Luthe методологически неприемлемой для материалистической психотерапии (Н. В. Иванов, 1962). Громоздкость и сложность курса второй ступени, длительность обучения медитативным упражнениям (не менее года), а главное — недостаточная эффективность лечения — препятствуют ее распространению и за рубежом, тогда как приемы первой ступени, предложенные Schultz лишь как подготовка к высшим ступеням тренировки, получили широкое распространение во всех странах мира.

Однако необходимость углубленного воздействия на личность больного настоятельно требует дальнейшего расширения психотерапевтических приемов. Для этого в «поддерживающие» занятия аутогенной тренировки, по окончании основного курса первой ступени, целесообразно включать элементы высших ступеней аутотренинга, понимаемые как сумма приемов, тренирующих свойства личности.

С этой целью нами были организованы так называемые «поддерживающие занятия» аутогенной тренировки, которые на первых этапах нередко сочетались с медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, другими психотерапевтическими методиками, а также с комплексным индивидуально-коллективным курсом упражнений.

ТЕХНИКА УПРАЖНЕНИЙ ВЫСШЕЙ СТУПЕНИ

В упражнениях высшей ступени мы добиваемся разучивания конкретных приемов внимания, моделирования настроения, дисциплинирования мышления. Задачу управления эмоциями и дисциплинирования мышления мы решаем, тренируя воображение и направленное внимание. Конкретные приемы состоят в построении зрительных образов, связанных со словами, обозначающими эти представления. Конечной целью ставится моделирование настрое-

ния. Четкого разграничения между приемами высших и низших ступеней аутогенной тренировки провести невозможно, так как и в первой ступени есть элементы тренировки воли, внимания, мышления, эмоциональной сферы. Определяющим является преобладание тех или иных элементов в структуре занятия, а также цель, которую решает каждое конкретное упражнение.

Самостоятельное и произвольное формирование заданного эмоционального фона осуществляется путем построения эмоционально окрашенных представлений и образов, подобно тому, как мысленное воспроизведение эмоционально окрашенных событий позволяет произвольно воздействовать на вегетативные процессы (А. А. Крауклис, 1964; М. Н. Валуева, 1967; О. А. Черникова и О. В. Дашкевич, 1967). Эти явления тесно связаны между собой. Словесный сигнал вызывает чувственные следы обозначаемого им; содержание воспроизводимых представлений обуславливает определенные вегетативные сдвиги, которые в свою очередь служат физиологической основой для эмоций.

При построении зрительных образов необходимо руководствоваться некоторыми положениями физиологии об эмоциональном воздействии цветовых и пространственных представлений. Уже говорилось о том, что различные цвета спектра обладают эмоциональным действием: коротковолновая его часть в зависимости от интенсивности представлений действует транквилизирующе или угнетающе, длинноволновая — мобилизующе или возбуждающе. Представление открытых пространств с широкими горизонтами, как правило, вызывает умиротворяющие эмоции спокойствия, а представление узких замкнутых пространств тревожит, настораживает. Картины природы, создаваемые воображением, вызывают успокаивающие, приятные эмоции в той или иной степени у всей аудитории. В некоторых случаях показан сугубо индивидуальный подбор упражнений, где используются и отрицательные, и положительные, угнетающие и мобилизующие эмоции.

Начальные элементы всех этих приемов содержатся и в общем курсе аутогенной тренировки, поэтому необходимо подчеркивать тренирующимся, что освоить упражнения высших ступеней, минуя общий курс, невозможно.

Нами разработаны и успешно применяются уже много лет в курсе поддерживающих занятий два приема моделирования эмоций (настроения).

Первый из них применяется на начальных этапах тренировки высших ступеней. Второй, допускающий большую самостоятельность тренирующихся, предполагает хорошо и длительно тренированную аудиторию. Оба приема сводятся к формированию заданного эмоционального фона.

Техника *первого приема* такова: в первой четверти занятия сокращенно выполняются стандартные упражнения общего курса. Далее врач называет какой-либо предмет, имеющий определенную окраску и поэтому ассоциирующийся со строго определенным цветом: небо — голубое, апельсин — оранжевый, лист — зеленый (ча-

ще), арбуз — красный, снег — белый, песок — желтый и т. п. Каждый цвет имеет свое эмоциональное значение, и окраска называемого предмета подбирается врачом в соответствии с настроением, которое надлежит моделировать. Больным предлагается мысленно повторять предложенное слово, не вдумываясь в его смысл, но как бы ощущая его произносимым (артикуляция всех звуков, составляющих его). После нескольких таких повторений в воображении спонтанно возникает зрительный образ, обозначенный названным словом, неминуемо окрашенный заданным цветом. Затем врач подсказывает цепь ассоциаций, соответствующих заданному цвету: «лист — зеленый цвет — лес, пронизанный ярким солнцем», или «песок — желтый цвет — солнечный пляж — морской прохладный ветерок» и т. п.

Эта цепочка ассоциаций подбирается так, чтобы придать воссоздаваемой мысленно картине определенное положительное эмоциональное воздействие на больного. При таком выполнении упражнения, несомненно, вносится элемент суггестии со стороны руководителя тренировки, однако инструкции врача должны даваться как бы «пунктиром», канвой, которые оставляют достаточно простора для инициативы и индивидуального создания «своей» картины, так как только при этом условии она может влиять на эмоциональную сферу больного. Эмоциональный тон заданной картины не подсказывается, он должен возникнуть самостоятельно в процессе тренировки.

Второй прием требует от больных большей инициативы и самостоятельности и наличия у них определенных навыков моделирования зрительных образов и представлений. Техника такого занятия следующая: после краткого выполнения стандартных упражнений и достижения больными аутогенного погружения врач дает инструкцию самостоятельно создать обусловленное заданием настроение. Оно определяется словесно врачом, а не возникает аутогенно, на основании подсказанных руководителем образов.

Например: тренирующимся дается задание создать у себя настроение активности, готовности к немедленному действию. Для реализации этого задания им предлагается самостоятельно представить себе ситуацию, соответствующую данной эмоции. Ситуация эта может быть любая: ранее пережитая, прочитанная, увиденная или, наконец, выдуманная. Например, больной вспоминает когда-либо пережитую им ситуацию, которая потребовала от него напряжения духовных сил и с которой он хорошо справился. Больной представляет ее максимально четко, «вживается» в нее. Живо вспомнив испытанное им удовлетворение, он вновь утверждает у себя уверенность в своих силах и готовность к преодолению новых препятствий. Воспроизводимая при этом ситуация и решаемые в ходе ее задачи должны быть обязательно эмоционально насыщены, как и в первом варианте упражнений.

Таким образом, первый — «чувственный» — прием вызывает на основании словесного сигнала чувственные представления, подсказанные врачом и формирующие эмоциональный фон «аутогенно».

При втором — «рассудочном» — приеме роль словесного сигнала играет определение заданной врачом эмоции. А чувственные представления больной вызывает самостоятельно, «рассудочно». Они должны вызвать и утвердить заданную эмоцию. «Рассудочный» вариант упражнений может предлагаться больным только после достаточно уверенного выполнения ими вариантов первого «чувственного» приема.

Поддерживающие занятия с элементами аутотренинга высших ступеней посещают больные, закончившие курс аутогенной тренировки первой ступени (амбулаторный или стационарный). Естественный отсев больных в ходе предшествовавшего лечения приводит к тому, что в группе остаются пациенты, обладающие достаточной волей к здоровью, установившие хороший психотерапевтический контакт с врачом и «психологически» способные к дальнейшей активной работе, предполагающей значительную самостоятельность.

Курс поддерживающих занятий организуется, как правило, амбулаторно, занятия проводятся не чаще одного раза в неделю и не требуют систематического посещения гетеротренинга. Обычно поддерживающие занятия посещают 50—60% больных, закончивших курс первой ступени. С годами это количество несколько снижается, но основной контингент группы остается неизменным, представляя собой, по сути дела, уже трудоспособных, практически здоровых людей, успешно справляющихся со своими обязанностями и на производстве, и в быту, но считающих аутогенную тренировку необходимой для себя как прием психопрофилактики, помогающий поддерживать определенный психический тонус, корригировать и тренировать свойства личности. Такая группа всегда высоко активна и стремится к большей самостоятельности и разнообразию приемов.

Следует отметить, что и при тренировке второй ступени реализация упражнений и лечебный эффект не параллельны, хотя и коррелируют до известной степени. Изменение настроения обычно достигается легче, чем представление заданного образа (И. И. Короткин, 1964). При последующих тренировках результаты достигаются больными с большей легкостью, а сравнительно редкие неудачи чаще всего обусловлены объективно, что подчеркивают тренирующиеся в своих дневниках-отчетах. Обычно это переутомление, спешка, житейские конфликты, болевые ощущения. Но моделируя даже один и тот же «привычный» эмоциональный фон, следует менять сюжеты представляемых картин, иначе в силу своеобразного «психического насыщения» эффективность упражнения начнет снижаться (А. М. Свядош, 1967).

Среди регулярно посещающих тренировку реализация и эффективность приближаются к 100%, но характер реализации упражнений различен. Одна группа больных воссоздает в своем воображении чувственно яркую, эмоционально окрашенную картину, с помощью которой добивается формулирования заданного настроения. Другой группе больных достаточно дать себе настойчивое

словесное приказание, чтобы добиться нужной эмоциональной настроенности. Они быстро учатся использовать своеобразные «символы» как пусковой механизм для своей сугубо индивидуальной цепи ассоциаций.

Так, инженер-электрик К., 31 года, обладающий тревожно-мнительным характером, сообщал, что ему достаточно повторить про себя строчку из какого-то забытого стихотворения: «я — князь, и я делаю хорошо...», чтобы преодолеть болезненную нерешительность и добиться необходимой уверенности. Скрипач Ш., 56 лет, научился предупреждать приступы страха судорог левой руки, существенно мешавшие его профессиональной деятельности, повторяя внешне бессмысленную фразу: «сладко, гладко, глissандо...». Склонная к депрессии ученица Л., 43 лет, добивалась эмоционального выравнивания, вспоминая запах мажорчного дыма, что было связано с радостными эмоциями освобождения из гитлеровского концлагеря. Инженер-метеоролог А., 54 лет, крайне неуживчивая в коллективе, добивалась самоуспокоения при помощи единственной пушкинской строки: «Мне грустно и легко. Печаль моя светла...», которая неизменно вызывала у нее умиротворенное настроение.

Многие больные в ходе занятий научились пользоваться этими приемами сознательно и целеустремленно. Эффект таких приемов становится понятным, если учесть, что состояние аутогенного погружения, в котором неизменно происходит первоначальное разучивание или конструирование таких приемов, по законам фазности резко обостряет процессы восприятия следовых образов. На фоне снижения восприятия непосредственных раздражителей внешней среды это нередко приводит к «аутогенным разрядам», о которых уже было сказано, или во много раз усиливает действие произносимых руководителем слов-раздражителей.

Описывая два приема целенаправленного моделирования построения, мы рассматривали и приводили как примеры главным образом цветовые, визуальные представления, используемые как основа сюжетного воображения. Однако при воспроизведении цельных образов или картин возникают разнообразные сенсорные представления в разнообразных сочетаниях (Л. Г. Первов, 1962). Их психологическая и физиологическая ценность различна и возникают они с различной степенью легкости. Иные из них могут играть лишь вспомогательную роль при сюжетном воображении, другие отчетливо и определенно вызывают нужную цепь ассоциаций. Некоторые сенсорные представления глубоко индивидуальные и могут вызвать у членов психотерапевтической группы разноречивые, иногда диаметрально противоположные эмоции. Наконец, неудачно подобранная цепь ассоциаций может вызвать у некоторых больных болезненное прикосновение к психогении.

Представления прохлады или тепла разучиваются в курсе первой степени аутогенной тренировки. Возникают они сравнительно легко и в упражнениях высших ступеней играют вспомогательную роль. Однако они стойко и универсально способствуют утверждению эмоций покоя и комфорта.

Тактильные представления легче вызываются у впечатлительных субъектов. Нередко они влекут за собой неприятные ассоциации, поэтому вводить их в упражнения следует осторожно (только приятные — дуновение ветерка, прикосновение волны и т. п.). Так-

тильные представления применяются редко, главным образом при направленной тренировке.

Проприоцептивные представления относительно легко реализуются путем мысленного переживания разного рода движений. Упражнения, первично основанные на таких представлениях, имеют значение при лечении невротических синдромов, выражающихся в расстройствах движения и координации (например, астазия-абазия), а также при некоторых видах фобий. Переживание артикуляторных движений успешно применяется в логопедической практике (А. А. Мажбиц, 1966).

Представления запахов возникают сравнительно легко, однако связанные с ними эмоции очень индивидуальны, так как обусловлены личными ассоциациями. Конкретизируя такие представления, следует позаботиться о том, чтобы они вызывали единый для всех тренирующихся эмоциональный фон. Эмоциональное значение представлений запахов достаточно велико и это следует учитывать.

Вкусовые представления при аутогенной тренировке не имеют существенного значения. Аппелировать к ним приходится редко; они могут служить лишь дополнительным компонентом при построении эмоционально насыщенного сюжета. Вкусовые представления являются, за редким исключением вкусовых извращений, наиболее универсальными.

Звуковые (шумовые) представления вызываются труднее других сенсорных образов. Для сопоставления уместно напомнить, что слуховые феномены наиболее редки и среди аутогенных разрядов. Тем не менее, некоторые звуковые представления — шум моря, шелест листья, птичий гомон — хорошо дополняют зрительные представления и способствуют стойкому возникновению эмоций покоя. Следует тщательно следить за тем, чтобы комбинации разнородных чувственных представлений не несли в себе внутренних противоречий, мешающих созданию цельной картины. В противном случае эмоциональный фон не возникает.

Для иллюстрации сочетания разнородных сенсорных представлений в едином сюжете можно привести любое упражнение «чувственного» типа. Так, например, упоминавшееся ранее упражнение «лист — зеленый цвет — лес, пронизанный солнцем» можно расширить следующим образом.

«При повторении слова «лист» перед вашим мысленным взором возникает зеленое пятно. Вглядитесь в него — оно как бы переливается, пронизанное яркими искрами. Не правда ли, это очень напоминает листву кустарника, шелестящую на легком ветерке? Вы без труда можете услышать шелест листьев и осязать дуновение ветерка всей вашей кожей. Еще немного воображения — и вы почувствуете густой запах хвои, нагретой солнцем, тепло солнечных лучей. Вы знаете, что стоит вам открыть глаза, и вы увидите высокие стройные сосны, освещенные солнцем, и между ними — шелестящий под легким ветерком кустарник подлеска... Но не торопитесь открывать глаза — так приятно повременить, угадывая ожидаемую картину. Помедлите, дайте волю воображению!»

В приведенном примере комбинируются зрительные (зеленый цвет, листва), слуховые (шелест листья), тактильные (дуновение ветерка), тепловые (солнечное тепло) и обонятельные (запах

хвои) представления. Их сочетание создает цельную картину, из которой логично вытекают стойкие эмоции приятного покоя. Соединение представлений прохлады (ветерок) и тепла (солнце) не содержит внутреннего противоречия.

Эффект присутствия и эффект участия. Сюжетное воображение упражнений высших ступеней аутогенной тренировки можно строить так, чтобы тренирующиеся осознавали себя свидетелями воссоздаваемых картин и ситуаций или же их непосредственными участниками. Первый вариант («присутствие») предпочтительнее при моделировании эмоций покоя. Второй вариант («участие») способствует возникновению активных, бодрых состояний, готовности к действию и преодолению трудностей.

Стихи и музыка в занятиях аутогенной тренировкой высшей ступени. Любой прием, способствующий возникновению или утверждению нужной эмоции, может быть включен в занятие аутогенной тренировки высших ступеней. Такими дополнительными средствами, употребляемыми наиболее часто, служат стихи и музыка. Их эмоциональное воздействие в достаточной степени сильно и универсально (Andree, 1969).

Стихотворный текст применяется лишь при аутогенной тренировке высших ступеней. Он может быть включен в занятия двумя способами:

1. Для самостоятельного («аутогенного») формирования настроения («чувственный прием») лучше применять незнакомые или малознакомые аудитории стихотворные тексты. Такие стихи воспринимаются свежо, позволяют врачу достаточно широко комментировать их, направляя ассоциации тренирующихся по нужному руслу. По отзывам самих тренирующихся этот прием помогает им как бы «увидеть вновь» ситуацию, «взглянуть другими глазами» на себя в ней.

Весьма разнородные по составу группы положительно принимают в отрывках стихи Тютчева (например, «Громокипящий кубок» — радостное общение с природой), Майкова и Фета (успокаивающие картины природы), редко вспоминаемые стихи Пушкина (мягкое лиричное настроение), Киплинга («Заповедь» — чувство собственного достоинства «человека среди людей»), некоторые стихи Багрицкого и Сельвинского (жизнерадостность, приятие жизни во всем ее многообразии), Сервиса (мужество, жизненная стойкость) и мн. др. Широкий и, казалось бы, неожиданный эмоциональный отклик находят такие далекие от нас по времени поэты, как Державин, Языков, Рылеев, чей архаичный, но в высшей степени выразительный язык обладает высокой способностью эмоционального проникновения.

Стихотворные отрывки, иллюстрирующие любое эмоциональное состояние, можно найти у Беранже, Шиллера, Шекспира, Гейне и мн. др.

Часто после таких занятий пациенты, даже далекие от увлечения поэзией, просят «дать списать» отрывок, который им понравился. Они бывают удивлены, обнаружив, что автор им хорошо

знаком. Перед очередными занятиями они нередко сами просят «почитать стихи». Выбирая при этом репертуар, нужно заботиться о том, чтобы большинство аудитории слышало эти стихи впервые.

2. Для пояснения и иллюстрации непосредственно заданного врачом эмоционального фона («рассудочный прием») следует давать хорошо знакомые аудитории стихи. Эмоциональное действие таких стихов более или менее универсально, и они вызывают сходные ассоциации даже у разнородной аудитории. Предлагаю, например, создать у себя настроение легкой грусти, спокойного самопогружения, уместно напомнить знакомые всем с детства пушкинские строки:

«Мне грустно и легко. Печаль моя светла,
Печаль моя полна тобою. . .».

ИЛИ

«Унылая пора, очей очарованье!
Приятна мне твоя прощальная краса.
Люблю я пышное природы увяданье,
В багрец и золото одетые леса. . .».

Выбирая стихотворные тексты, нужно заботиться о том, чтобы их содержание достаточно полно соответствовало заданному эмоциональному фону. Для этого стихи должны не только нести нужный эмоциональный заряд, но и быть достаточно «традиционными», т. е. возбуждать близкие ассоциации у разнородной аудитории. Следует выбирать также достаточно поэтичные, но, вместе с тем, простые, нетрудные для восприятия стихи.

Всем этим требованиям полнее всего удовлетворяют стихи великих русских лириков, некоторые произведения жанра так называемой «философской поэзии» (например, Гёте), популярные переводные стихи (Бернс), лучшие произведения современных поэтов.

Музыкальное сопровождение занятий аутотренинга применимо как при низших, так и при высших ступенях тренировки. Музыка обладает высокой степенью эмоционального воздействия и хорошо помогает формированию заданного настроения (Л. С. Брусиловский). Репертуар, который можно использовать при этом, поистине необъятен, и дать конкретные рекомендации по его выбору трудно. У каждого крупного композитора можно найти пьесы или отрывки, пригодные для формирования или иллюстрации любого эмоционального состояния. Выбирать можно пьесы как классического, так и современного репертуара; не следует полностью отказываться от «легкой музыки» и джаза; лучшие представители этих жанров (И. Штраус, Кальман, Гершвин, Эллингтон, Дунаевский и др.) создали достаточно тонкие, содержательные и интимно действующие произведения. Следует лишь избегать пьес с чрезмерно взрывчатым ритмом, действующих возбуждающе.

По наблюдениям многих авторов, правильно выбранный ритм музыкальной пьесы или отрывка имеет не меньшее значение, чем их тональность (минорная или мажорная). Ритм вальса успокаивает, ритм марша бодрит или возбуждает. Используя симфоническую

музыку, лучше ограничиваться отрывками, содержащими одну музыкальную тему; обилие музыкальных тем, частая смена ритма нередко раздражают и утомляют тренирующихся.

Романсы и лирические песни предпочтительнее арий классического оперного репертуара, так как манера оперного пения несколько условна.

Как уже было сказано, музыка может сопровождать речь руководителя тренировки как фон; ею можно начинать занятие ауто-тренинга для предварительного создания нужного эмоционального фона или заканчивать ею занятие, усиливая эмоциональное влияние слова.

Наиболее часто при аутогенной тренировке с музыкальным сопровождением исполняются произведения Чайковского, Римского-Корсакова (отрывки из опер-сказок), Листа, Бетховена (ограниченно), Вагнера. «Легкая музыка» может быть представлена произведениями И. Штрауса, Оффенбаха, Планкетта, Легара; джазовая — Эллингтоном, Эйслером, Гершвином.

Несмотря на сложность в подборе репертуара и иные технические трудности, организация аутогенной тренировки с музыкальным сопровождением желательна, в особенности при тренировке высших ступеней. Статистическая обработка дневников-отчетов больных убедительно подтверждает, что музыкальное сопровождение заметно усиливает реализацию упражнений и их эффективность (Г. С. Беляев и И. А. Копылова, 1968).

Попытки дополнительной коррекции свойств личности могут быть предприняты на заключительных этапах аутогенной тренировки в случае достаточно полного психотерапевтического контакта между больным и врачом. В результате индивидуальных психотерапевтических бесед больной старается понять и осмыслить дефекты своей личности, способствующие развитию невроза, и представить себе нужные ему для компенсации свойства характера. Ориентируясь на литературного героя или реальную личность, могущую служить в этом смысле образцом, больной создает в своем воображении как бы «дополнение» для себя, представляя себя таким, каким он хотел бы быть и должен стать. Этот прием следует строить от простого к сложному; чисто внешние признаки — осанка, жесты, манера выражать свои мысли, дикция и т. п. — должны постепенно привести к достаточно глубокой внутренней перестройке.

В дальнейшем, подставляя в состоянии аутогенного погружения свое «дополнение» в различные тревожащие его ситуации, больной мысленно разыгрывает сам с собой воображаемые сценки, где он оказывается на высоте положения, справляется с трудностями и хорошо компенсируется. В последующем больной пытается подражать личностно-образцу и в реальных жизненных ситуациях (ср. с «имаготерапией» по И. Е. Вольперту, 1968).

Настоятельная необходимость в упражнении психических функций, управлении настроением и коррекции свойств личности наступает к моменту завершения стационарного лечения, когда мино-

вали острые явления заболевания, нередко связанные с болевыми ощущениями. В это время возникает рациональное понимание своего состояния, оценивается регулирующее значение эмоций, появляется потребность в перестройке характера — словом, осознанное стремление к «перевоспитанию» себя или, хотя бы, коррекции своего поведения в определенных ситуациях для предотвращения рецидивов заболевания. Поэтому, заканчивая упражнения первой ступени в изложенной модификации, мы обязательно проводим дополнительное занятие, на котором в форме лекции-беседы сообщаем больным об основных принципах второй ступени аутотренинга. Сообщается о целях и возможностях метода, дается понятие о физиологических и психологических механизмах, на которых основаны приемы «поддерживающего» цикла. Мы объясняем больным, что в проведении поддерживающего курса они имеют право на известную самостоятельность, так как, тренируясь, они во многих случаях смогут найти для себя более удачные приемы, чем это делал врач, который был вынужден при групповых занятиях подбирать сложные приемы с расчетом на широкое и безотказное действие на весь коллектив. Обычно это картины природы, окрашенные мягкими лирическими тонами, ведущие к раздумью, созерцательному настроению, углубленному чувству отдыха.

Каждый больной, зная свои личные особенности, которые нуждаются в коррекции, и владея общими принципами тренировки, имеет возможность максимально индивидуализировать ее приемы, находить наиболее эмоционально насыщенные и поэтому наиболее эффективные варианты.

Заключительное занятие общего курса аутогенной тренировки, если позволяет время, следует проводить в два приема. Одно занятие подводит итоги тренировкам первой ступени. На нем разъясняются смысл и терапевтическое значение освоенных упражнений, даются рекомендации для самостоятельной тренировки, сообщаются некоторые дополнительные индивидуальные приемы. Ознакомление с приемами II ступени желательно выделить в самостоятельное занятие. Строится оно по следующей схеме: кратко подводятся итоги и еще раз подчеркивается то обстоятельство, что больные научились ряду приемов самовоздействия. Далее рассматривается положение, что по миновании острого периода невроза, после выписки и практического выздоровления, большинству пациентов продолжает «мешать» в жизни эмоциональная неуравновешенность, некоторые эгоцентрические установки и т. п., хотя в процессе рациональной комплексной терапии в клинике они стали относиться к этим «недостаткам» с полной критикой, изменить или воздействовать на эти эмоциональные и личностные особенности они не умеют. Больным сообщается далее о высших ступенях аутогенной тренировки, о ее целях, возможностях, приемах. Обычно мы стараемся привести ряд бытовых примеров, когда простым приемом расслабления и эмоционального переключения удается избегать конфликтов, нежелательных ситуаций, ссор еще до их возникновения и т. п.

В беседе мы подчеркиваем разницу между сдержанностью человека, на что-то болезненно реагирующего, но не желающего показать это, и истинным спокойствием человека, умеющего не допускать ненужного раздражения, реакции на мелочи и пр., не только для окружающих, но и для самого себя.

Далее мы знакомим больных с теми приемами, на основании которых мы строим занятия высших ступеней, разъясняя при этом, что такая тренировка не требует непосредственного руководства врача. Подчеркивается необходимость ежедневных самостоятельных тренировок; приводятся письма или высказывания больных, длительно применяющих приемы высших ступеней тренировки и добившихся путем самовоздействия и самовоспитания постепенного изменения свойств характера, некоторых личностных особенностей, «мешавших контактам с окружающими» в прошлом.

Рассказывая о приемах аутогенной тренировки высших ступеней, мы кратко излагаем все то, что написано в этой главе о принципах построения занятий. Аргументируя примеры необходимости психического самовоздействия в быту и в обращении с окружающими, мы стараемся подбирать наиболее обычные, шутливые примеры (ссора мужа с женой при сборах в гости в нежелательное, но почему-либо необходимое общество; ссора с соседкой на кухне, конфликт в спорте и т. п.). Такие примеры несколько оживляют беседу. Они убеждают, что в аналогичных ситуациях достаточно использовать те навыки, которые уже освоены больными (расслабление, переключение внимания и т. п.). Это заинтересовывает больных, вселяет уверенность в возможность дальнейшего самовоспитания и самовоздействия уже более сложными приемами.

Обычно мы рассказываем о неудачном примере одного занятия, проведенного нами, когда сюжет был выбран по недоразумению, без учета особенностей аудитории (больные, пережившие ленинградскую блокаду). Слово «сирена», казалось бы, индифферентное в любой другой аудитории, мгновенно вызвало отрицательную эмоциональную реакцию, которую не предполагал руководитель занятия, не переживший блокадную зиму в Ленинграде. Такое построение беседы заинтересовывает, вызывает доверие и более прочный психотерапевтический контакт в результате того, что врач делится всем, «что сам знает», и разрешает больным все понять самостоятельно, что особенно способствует их самоутверждению и желанию продолжить тренировки самостоятельно.

Цель такой заключительной беседы, заменяющей в стационаре курс второй ступени аутогенной тренировки, заключается в том, чтобы заинтересовать больного, заставить его поверить в свои возможности и перспективность лечебных приемов. Беседа строится как эмоционально яркое врачебное воздействие на больных, обязательно включающее в себя большое количество примеров.

Беседа должна захватить и убедить слушателей, иначе они не примут указаний врача для самостоятельных, регулярных и длительных занятий.

Очень важно еще раз подчеркнуть, что ежедневные самостоятельные тренировки должны начинаться кратким повторением упражнений первой ступени и заканчиваться тренировкой сюжетного воображения и моделированием эмоционального фона. На первых этапах привлекаются сюжеты, близкие физическим ощущениям больных в момент тренировки. Вначале это покой, тепло, эмоциональное успокоение — пляж, палуба парохода, опушка леса и т. д. И только на последующих этапах моделируются более сложные переживания. Следует предупредить больных о возможности неудач, если они преждевременно будут ставить перед собой сложные задачи, не учитывая обязательное условие всего метода — постепенности тренировки, строгой дозированной ее упражнений.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приводим несколько стенограмм занятий АТ—2 «чувственного» типа, которые психотерапевт начинает, называя нейтральный предмет, окрашенный определенным цветом нужной части спектра. Во всех случаях в начале занятия тренирующиеся добиваются аутогенного погружения, затем психотерапевт называет выбранное им слово-раздражитель и предлагает тренирующимся мысленно повторять его. Это слово не превосходит представленный сюжет, его цвет, «визуализируясь», оно постепенно вплетается в воображаемое и придает ему определенную эмоциональную окраску, являющуюся как бы «ключом» ко всему задуманному «настроению». Чаще всего предлагаемое слово обозначает какой-либо конкретный предмет, который можно представить (зеленый лист, оранжевый апельсин и т. д.), однако, варьируя занятия этого типа, можно пытаться вызывать и иные сенсорные представления, воспроизводя воспоминания запахов, звуков и т. п.

Занятие 8/Х 1967 г.—«Жемчужина» (цвет) — врач И. А. Копылова.
«Вслед за мной (мысленно, про себя) повторяйте слово, которое я вам назову. Не старайтесь вдумываться в смысл, а повторяйте про себя, чувствуйте звуки, которые это слово составляют. Пусть это будет «жемчужина». Повторяйте его, пока вам не надоеет, но не надо вникать в его смысл. И вы очень быстро выясните, что не вникать в смысл невозможно. Это слово начинает одеваться образами, видениями, т. е. вы стремитесь это слово как-то овеществить, и каждый из вас начинает что-то представлять. Это неизбежно. Прежде всего вы представляете цвет «жемчужный» — это сероватый, со своеобразным матовым блеском. И чем больше вы вашим внутренним взором всматриваетесь, тем больше вам вспоминается вечернее небо после дождя. Ранний вечер, еще не темнеет, и небо как жемчужное. И вы под этим небом, но вы не в городе, а где-то в пригороде Ленинграда; небольшой лесок, влажная после дождя земля, дышится легко, свежо, бодро, как всегда после дождя. И так же светло, бодро, четко у вас на душе и у всех вас в голове. Настало время для вас, когда вы обдумали какой-то кусок своей жизни и поставили на нем точку. Что-то думали, ошибались, кое-что сделали хорошо, кое-что неверно. Но нет, я мог ошибаться, но никогда не делал заведомо плохо, и это все позади. Впереди новые дни, новые встречи с новыми людьми, а может быть, и не новыми (не меняю же я кожу, как змея), с прежними людьми, новые дела. И старых ошибок уже не будет. Будут новые ошибки, но их будет меньше. Это я знаю, я уверен в себе. Это новое меня не пугает. Оно будет, но оно меня не пугает. Все, что я вижу внутри себя, — это человечно, это хорошо, это интересно, и также хорошо все, что меня ждет. Я себя не жалею, мне не нужна жалость, я обхожусь без нее. Я понимаю, что я сделал неудачно, я понимаю, отчего я это сделал, — я заблуждался, я ошибался, но я никогда не был ни подлецом, ни негодяем и никогда не буду. Да, я человек среди людей — у меня есть слабости и недостатки, но есть и объективная ценность, есть люди, которым я нужен, есть люди, которые мне нужны. И на этом свежем после дождя воздухе очень свободно, легко дышится. Вот и сделайте свободный вдох, выдох... потянитесь!».

Серьезно относясь к занятию II ступени, нельзя сразу «выйти» из сформированного настроения. А если большинство больных тут же начинает оживленно «болтать» — это свидетельствует о неподготовленности аудитории или неудачном построении занятия. Это следует учитывать руководителю тренировки. Некоторая пастельность тонов и преобладающее представление своего тела в состоянии покоя, отдыха — не в динамике, а также «осенний сюжет» — все это обусловлено в занятиях конкретными требованиями: мы стараемся на первых этапах не ставить сложных задач перед нашей аудиторией. Больным легче вообразить себя в ситуации, близкой к реально испытываемой во время заня-

тия I ступени: расслабленное тело, пригретое «солнцем», прохладный ветерок овеивает голову — общее чувство отдыха, с которым гармонируют мягкие, пастельные краски. Картины же осени обусловлены временем года занятий: только что виденное на улице легче воспроизводить малотренированной аудитории.

Занятие 3/ХII 1968 г.— «Сено» (запах) — врач Г. С. Беляев. «Я вам скажу слово, слово это вы повторяйте про себя так, как будто вы его вслух выговариваете. Допустим, сегодня это будет «сено». Обыкновенное сено, и вот это сено, сено, сено,— размеренно, не быстро, без суетливости твердите про себя, ощущая звук «с» на языке, звук «е», как он выходит, свободно, выливается из гортани, «сено», звук «н» — языком и небом и т. д. Сено, сено, сено. Повторяйте мысленно, можете даже беззвучным шепотом, немножко шевеля губами, но, пожалуйста, делайте это, не относитесь к моим рекомендациям формально, т. е. делайте все, о чем я вас прошу. И вот, несмотря на то, что я вас специально предупреждал, чтобы вы не вдумывались особенно в это «сено», вы, разумеется, что-то такое в связи с этим «сено» вспомнили. Ну, что всего ярче вспоминается при слове «сено» — запах свежескошенного сена, не так ли? А когда сено сильнее всего пахнет? — нагретое солнцем. И вот, несмотря на то, что сегодня осенний вечер, почти зима и воспоминания лета, по-видимому, довольно далеки, особенно начала лета,— потому что сено, сенокос в первой половине лета,— вы, тем не менее, можете, вспоминая запах сена, вспомнить летний день, не в городе, не среди асфальта и не среди бензиновой гарн, а за городом, в солнечный летний день. Теплый, может быть, даже жаркий летний день. Близок к полудню этот день, и свежескошенное сено. Не совсем, собственно, свежескошенное, оно, наверно, скошено 2—3 дня назад, потому что сено это собрано в стог и остро пахнет счастьем это сено. А как пахнет счастье — я не знаю; а может, знаю, только для меня счастье пахнет не так как для вас, а для вас не так, как для меня. Но этот летний полдень, очень теплый, очень спокойный — пахнет сеном, и пахнет счастьем. А что вокруг этого сена, вы знаете лучше меня, я вам не буду пытаться подсказывать. Кто хочет, напишет мне. Если у кого-нибудь уж очень свои, очень личные воспоминания возникнут — не надо писать; оставьте с собой этот хороший летний день, оставьте себе воспоминания о спокойном, солнечном, безоблачном летнем дне, и о спокойном солнечном настроении вашем; оставьте с собой воспоминание о запахе сена и о запахе счастья. Подумайте над этим. Я вам не буду мешать. Но только постарайтесь представить себе это. Начните с запаха. Мы обычно начинаем с вами с цвета, не так ли? А сено связано с запахом, запах имеет ведь огромную власть над нашими воспоминаниями. И увидите все то, что вы увидеть хотите. И станете внутренне такими, какими вы были тогда, когда пахло для вас сеном и счастьем. Дышите свободно; спокойно, свободно, непринужденно, как дышит спящий. Еще раз я немного помолчу, не буду мешать вам думать, мешать вспоминать. Но только думайте, вспоминайте, живите. Будьте людьми среди людей».

Это занятие имело наибольший успех у аудиторий и иногда по просьбе больных повторялось, но не часто, чтобы сюжет всегда оставался таким же свежим, каким был вначале. Но следует отметить происшедший во время него эпизод. Одна наша больная за полгода до этого перенесла тяжелую бронхоскопию, во время которой у нее развилось состояние шока, потребовавшее реанимации. Затем больная полностью выздоровела, никогда об этом эпизоде не вспоминала, обладая достаточно уравновешенным характером и вполне здраво относясь к вопросам лечения и обследований. Но до этого тяжелого состояния, пока больная находилась в предоперационной, были открыты окна и остро пахло скошенным сеном (больница находилась за городом). Во время нашего занятия у нее повторилось «предшоковое» состояние, очень тягостное для больной, из которого больная «вышла» усилием воли, так как очень боялась помешать занятию. Этот случай кажется нам очень поучительным для понимания тех неожиданных осложнений, которые, хотя и крайне редко, но всегда могут возникнуть, что всегда должен иметь в виду руководитель тренировки.

Занятие 10/ХII 1968 г.— «Сирена» (звук) — врач Г. С. Беляев. «Я попрошу сейчас ваше очередное упражнение начать со слова «сирена». Вот слово «сирена», повторяйте, не вдумываясь в его содержание, просто как есть. Но, не-

смотря на то, что я вас предупреждал, чтобы вы не думали специально, что такое «сирена», вы несомненно произвольно об этом, наверно, подумали и сирену услышали, звук сирены. Следите за мной, потому что услышали вы ее каждый по-разному. А мне бы хотелось, чтобы вы это представление о звуке сирены ввели в какие-то определенные рамки. Так вот представьте себе, заставьте свое воображение работать, представьте себе далекий звук сирены на берегу моря, допустим, в Ленинграде, в Гавани. Наверно, все вы бывали в Гавани в разное время года — зимой, летом, утром, днем, вечером... Так вот вы увидите эту Гавань сегодняшним вечером такой какая она сегодня, не вообще, а сегодня. Вечер, темно, редкие фонари, снег, черная вода, маслянистая, густая, черная вода. Огни судов. Все это вам в разной степени, конечно, знакомо. Кое-кто из вас в порту бывал, в кино, может быть, видели сцену, как уходит судно или приходит судно; так или иначе, если вы даже и не были в Гавани зимним вечером, то представить себе это можете. Следуйте вашей мыслью за моими словами. Итак, зимний вечер, начало зимы, снег лежит на асфальте, редкие снежные хлопья, очень слабый ветер, бодрящий, не холодный, вам свежо, ветерок овеивает лицо. Десять минут назад ушел пароход, вы проводили человека. Какого человека — думайте сами, кого вы проводили, проводили не насовсем, может быть, ненадолго — на две недели, может быть, на месяц, на два месяца, не насовсем. Но, тем не менее, легкая, светлая грусть, грусть расставания ощущается вами. Легкая сладкая грусть, вас она не тяготит. Может быть, даже как-то своеобразно вам приятно. Человек ушел, корабль ушел, вы видите судовые огни удаляющегося парохода. Вы видите, как по черному заливу в снеговой дали проходят суда. Далеко, как во воздухе, скользят огни судов: то красный, то зеленый — бортовые огни, на вершине мачт — белые огни. Все это беззвучно скользит вдаль, и изредка с моря доносится приглушенный расстоянием, как сквозь вату, звук судовой сирены. Сирена того судна, на котором ушел человек, которого вы провожали, а что это за человек, это только вы знаете. Я вам об этом не скажу. Но вы это знаете, может быть, и я знаю, и еще раз напомню вам: легкая, светлая грусть, приятная грусть рождается всякий раз, как только прозвучит вдалеке сирена. Звучит далекая сирена, снова хорошая, немножко щемящая грусть, на душе становится светло, потому что вы чувствуете себя живущим полной жизнью человеком. Дышите спокойно, свободно, как дышит спящий. Помолчу я несколько минут, потому что, думаю, я вам мешаю, мысль ваша идет уже своим путем. Вы думаете о своем. Думаете очень хорошо, светло, и, несмотря на то, что вам немного грустно, — грусть эта сладкая. Вы, может быть, подумаете не о вечере, а о дне, когда эта же сирена будет не удаляться, а приближаться и вы будете встречать. Наверно, вам подумается и об этом. А сейчас в спокойный вечер начала зимы — белый снег, блики фонарей, маслянистая, густая, черная вода и судовые огни мерцают, и вам уже не отличить то судно, которое вы провожали, вам кажется, что «корабли, проходящие ночью, говорят друг с другом огнями». Вы, может быть, даже понимаете этот разговор или вам кажется, что понимаете, но в приятной задумчивости, немного грустные, вы стоите у самой кромки воды. Все разошлись, почти все. А вам уходить не хочется. Дышите спокойно, свободно, непринужденно. И вот где-то вдаль снова зазвучала сирена, очень далеко. Может быть, вы слышите, а может быть, вы только хотите ее услышать. Спокойно дышите. Сделайте выдох, вдох — свободный, спокойный».

Это занятие, так лирично построенное, оказалось самым неудачным за все годы нашей работы. Как только аудитории предложено было повторять слово «сирена», в аудитории послышались шорох, легкие движения, которые мы не догадывались принять во внимание и на словах «вы услышали сирену», «представьте определенный звук сирены» — в аудитории раздался всхлипывания и сдерживаемые рыдания, после этого в тексте видно, как ведущий тренировку переключился на тему «близкого человека», которого провожают, и исключил до конца занятия слово «сирена».

Произошло следующее: когда подыскивали новое слово в период изучения нами воздействия других, не только визуальных представлений, один из нас предложил слово «гудок парохода», подразумевая несколько «гриновскую» картину настроения: белый, залитый солнцем пароход, голубое небо, далекие

страны, романтика путешествий. Но ведущий занятие служил на флоте, где нет понятия «гудок парохода», а есть слово «сирена», и дал его группе. Не пережив блокадную зиму в Ленинграде, он не смог предусмотреть, что значит в воспоминаниях ленинградцев слово «сирена». А если добавить, что аудитория была преимущественно среднего и пожилого возраста и находилась в состоянии аутогенного погружения, то сила возникшей реакции становится вполне понятной.

Два приведенных далее занятия: «огонь» и «грибы» — являются примерами занятий, где зрительный образ возникает не из называемого нейтрального слова, а строится в рамках сюжетного воображения — целостной картины, использующей эффект присутствия, в соответствии с задуманным ведущим, но заранее не названным аудитории настроением.

Занятие 1/VIII 1967 г. «Огонь» — врач И. А. Копылова. «Представьте себя на высокой горе, вершина которой возвышается над другими. Это, конечно, не Эльбрус, не снеговая вершина, однако она выше других. Внизу под вами горы, поросшие лесом, вы отчетливо различаете деревья, но вы выше их, в зоне предальпийских лугов. Над вами ясное, безоблачное небо и прохладный ветерок овеивает вас. Вам видно далеко вперед, вокруг вас ясный, прозрачный воздух. Вы одни с природой, которая всегда величественна, какой бы она ни была. Мысли становятся четкими, ясными, картина, которую вы видите: величественные горы, лес, даль — настраивают вас на раздумье. Мы привыкли с иронией относиться к понятию «пофилософствовать», но сейчас вы относитесь к этому без всякой иронии, вы чувствуете себя сильными, свободными, мысли ваши четкие, ясные. Вы чувствуете себя здесь на месте. И так же, как вы смотрите вдаль, так же вы заглядываете в глубину себя, и ваши мысли вы не боитесь додумать до конца, какие бы они ни были, вы до конца честны с собой. И пока вы все это думаете, воздух постепенно темнеет, деревья, которые вы так ясно различали, становятся темными пятнами, темнеет и небо, заходит солнце, начинается ветер. Где-то вдалеке вы видите, как поднимается струйка дыма: топится очаг, где-то там жилья, люди. Дым медленно поднимается, а воздух становится все темнее и вы различаете где-то вдалеке огонек, маленькую красную точку. Звезд еще нет, но это точно звезда, улегающаяся на земле. А теперь сотворите обыкновеннейшее чудо, как в кино: представьте себя совсем рядом с этой точкой. Оказывается, это не окно, а костер, багровые языки пламени, дым поднимается вверх, клубится над лесом, кругом густая темнота, наступает ночь; у костра сидят люди, непринужденно, кто на чем, на поваленных стволах, на земле, сидят, свесив между колен руки и смотрят на огонь. И вы смотрите на огонь. Огонь всегда имеет над нами какую-то силу. Он завораживает и заставляет задуматься смотрящего на него. Приходят значимые мысли, мелкие наши переживания получают их настоящую цену, а иногда и решения приходят нужные, верные — во время такого раздумья у костра. Дышите спокойно, смолистым лесным воздухом (дым костра не в вашу сторону), над вами шумят вершины деревьев, плохо различимые в вышине, только их шум вы слышите, а перед вами багровые блики костра и тишина ночного леса. Дышите, сделайте глубокий вдох, задержите дыхание, теперь выдох!»

Занятие 12/X 1967 г. — «Грибы» — врач Г. С. Беляев. «Тем отчетливее ощущаете ветерок, чем больше вы в него вслушиваетесь. Приятно холодит виски, лоб, не забывайте: язык при выдохе прохладный и легкий, при выдохе — тяжелый и теплый. А если вы представите, при каких обстоятельствах это можно ощутить, то, может быть, вспомните лес, ранний вечер, но солнце уже зашло, темнеет, самое начало сумерек. Представьте, что вы целый день бродили по лесу, собирали грибы. Вы устали, но эта хорошая усталость, она вас не тяготит. Вы проголодались, несколько часов не ели, но это чувство голода не угнетает, оно радостно, если можно так выразиться. И вот из леса, где и днем не очень-то светло, вы вышли на поляну, за ней дюны, а за дюнами море и бодрый свежий ветерок дует с него. Кончается день. С собой у вас грибы, не очень-то много,— чтобы не хвастались. Настроение какое-то странное: вы устали, вам хочется есть, но усталость не гнетет. Вам хочется петь, дружить. Весело, потому что весело, потому что жить хорошо. Я хорошо устал, сейчас доберусь до жилья и съем все, что под руку попадет, и съем с удовольствием. Непонятно почему, но очень весело, затеять бы хорошую потасовку, швырнуть кого-нибудь на теплую хвою, а если и меня швырнут,

я тоже не обижусь. А вечер все ближе и ближе. Небо темнеет. Одиночные звезды начинают мерцать. Ветерок с моря еще теплый, а рядом с лесом низина, болотистое место, оттуда холодок веет, туман, как молоко, разливается. Но вот виден поезд, огни, его еще не слышно, но вот сейчас мы уедем в город. Дышите спокойно, просторно. . .».

М. И. Троицкая своеобразно строит занятия II ступени с больными, страдающими фобическими явлениями. Представляемые больными картины включают и «горячий пункт» болезни — фобии. Сюжет фобии органично сочетается с положительно окрашенным и эмоционально (тоже положительно) значимым для больного сюжетом представляемой картины. Сочетание это осуществляется очень постепенно, от занятия к занятию, все больше приближаясь к содержанию фобии. Так, например, при агорофобическом синдроме страху открытых пространств противопоставляется любовь этого больного к «своему» городу, его архитектуре, природе и т. п. Ему предлагается совершить мысленную прогулку по городу белой ночью, по маршруту, связанному с интимными воспоминаниями. Во время такой «прогулки» больной вместе с врачом, который все время подсказывает «маршрут», «незаметно» переходит площадь для того, чтобы увидеть следующий архитектурный ансамбль или игру света и теней, или блики на воде и т. п. Такой прием не только способствует преодолению страха, но и служит своеобразной функциональной тренировкой. Примерно также строятся сюжет и для больных, боящихся переходить мосты и т. д. Занятия такого типа предполагают хорошо тренированную аудиторию и требуют от врача знания всех индивидуальных особенностей, интересов, личностных свойств больных. Нет необходимости комплектовать для таких занятий группу только из «фобиков», так как подобные занятия хорошо воспринимаются и другими больными, как новый сюжет, вызывающий приятные эмоции, ровное, «созерцательное» настроение.

Следующий тип занятия является переходным от «чувственного» к «рассудочному». Оно несет больше смысловую, чем эмоциональную нагрузку, хотя и строится по первому типу, — когда картину-пейзаж подсказывает ведущий. Следует отметить еще одну особенность такого построения занятия — оно содержит элементы патогенетической психотерапии: коррекции масштаба переживаний, переоценки ценностей, «психотерапевтического зеркала». Конечная цель серий таких упражнений — активация и коррекция свойств личности. Эти же элементы присущи и двум предыдущим занятиям, где ведущим является не слово, а смысловое содержание излагаемого ведущим занятию психотерапевтом, но в значительной степени подкрепленное эмоционально значимым сюжетом, моделируемым в группе на занятии. Психотерапевтическое воздействие при таком построении занятия осуществляется не только во второй его части, а как бы «нагнетается» постепенно, пронизывая все занятие с самого начала.

Занятие 22/VIII 1967 г. — «Гора — вечер» — врач Г. С. Беляев. «С каждым дыханием голова становится свежее, яснее, мысли точнее вяжутся в длинные цепи, вы можете додумать до конца длинную логическую систему; мысли ваши вы не боитесь додумать до конца, вы можете умозаключать, решать логические задачи, спокойно, четко. . . Вы наедине с тихим вечером, наедине с собой, наедине с окружающей вас природой. Всякий раз, как мы сталкиваемся с природой, которую мы основательно забываем в городе, когда мы оказываемся с ней наедине, рождаются какие-то значительные мысли, мы по-иному смотрим на себя и по-иному понимаем себя. Люди слабые склонны видеть себя маленькими на фоне природы, люди, полагающие себя слабыми, думают о себе как о насекомых, ползающих по лику земли. Сильные люди здесь дают себе настоящую цену, знают, что они стоят не больше и не меньше того, чего они стоят. Так и вы видите себя наедине с природой, могущественной, равнодушной, которая вас не любит и не ненавидит, — она пребывает и вы пребываете в ней. Так вот, люди достаточно сильные, а я думаю, что вы и есть такие на самом деле, не чувствуют себя подавленными наедине с природой, они чувствуют себя чище, как бы вымытыми изнутри, тише, спокойней, как бы ощущают внутри какую-то тихую радость. Вы понимаете меня, именно тихая радость, когда вы видите, что мир вокруг вас благостен и спокоен. Действительно, когда вы созерцаете ландшафт на картине или пойдете в лес, вы становитесь всегда спокойнее, увереннее. Вот мне и хочется научить вас выбирать для себя картину, которая даст вам спокойствие, спокойное настроение. Но спокойствие тоже может быть раз-

ное: благостное спокойствие и сдержанное внешне, как взведенная пружина; последнее не годится, надо быть сильным и спокойным, сильный человек всегда спокоен. Моя задача — показать вам, что если вы сможете велеть себе представлять различные картины, вы сможете выбирать себе и соответствующее настроение. Моя задача — доказать вам, что это возможно, но конкретный ключ к замку подбирайте сами. Мне сделать это просто невозможно. Кто долго ходит на занятия, помнит, что мы подбирали различные картины: перламутровое небо, оранжевый апельсин, зеленый лист и т. д. Каждый из них имеет свой оттенок настроения. Оранжевые маки — радость; пасмурный жемчужный день — умиротворение и т. п. Я не могу знать, кому и когда нужно будет какое настроение, но научить вас выбирать то, что вам нужно, — вот наша с вами задача. Моя задача передать вам методику, которую применять будете вы, но делать это надо систематически, иначе вы все забудете и ничего не будет получаться. Отсюда вывод: тренироваться регулярно, самостоятельно. Еще одно замечание — на фоне такой успокаивающей и облагораживающей критики и правды перед самим собой вы становитесь с собой беспощадно откровенным и спокойно с достоинством начинаете понимать: вот здесь я был неправ (я-то себя оправдываю), но поступок ближе к подлости; а вот здесь я был на высоте положения и оставался, несмотря ни на что, человеком. Этот анализ (не путайте, пожалуйста, с психоанализом!) чрезвычайно для всех нужен, вы получаете возможность видеть себя и разумно, спокойно обсудить все, как человек среди людей. Работа воображения не должна сопровождаться напряжением мышц, выполняйте все только «умственно», если можно так выразиться. А теперь сделайте вдох, выдох. . .».

Два последующих занятия представляют собой примеры моделирования настроения по заданию ведущего занятия. Эти тексты предполагают наиболее тренированную аудиторию и более или менее постоянный состав тренирующихся. Они являются примером построения занятий второго, более сложного типа. Однако в тренированной аудитории, представляющей собой определенный микроколлектив, они пользуются большим успехом у больных. Следует отметить, что занятия первого типа предпочитают больные с художественным складом личности, занятия же второго типа кажутся им «скучноватыми», тогда как личности с преобладанием второй сигнальной системы отчетливо предпочитают их первому приему. Вводная часть и упражнения первой ступени приводятся в текстах занятий кратко, оставляя большую часть занятия для моделирования фона к предлагаемому настроению и сюжету для него.

Занятие 26/IX 1967 г. Самостоятельное задание «Мягко-ласковое настроение» — врач Г. С. Беляев. «Если вы теперь проконтролируете свои ощущения, то почувствуете, что тело засыпает, стало легким, а сознание бодрствует. А теперь, когда вы находитесь в состоянии сосредоточения, когда любая мысль идет четко и вы совсем свободны в своих суждениях, совершенно беспощадны и безжалостны к себе и при этом совершенно спокойно видите свою суть, без сентиментальной жалости и без пышных восторгов — вы справедливы к себе. Вот в таком состоянии самоанализа — расчетливого, холодного, спокойного — заставьте себя стать доброжелательно-мягким, ласково и благостно настроенным. Внушите себе состояние, в котором вы все можете понять и простить, даже чуть сентиментальное, но это не беспомощная, манерная, а хорошая, теплая человеческая чувствительность. Вот в этом мягком, ласковом настроении вообразите сцену, которая бы соответствовала этому мягко-ласковому настроению. Воспроизведите у себя такое настроение — мягкую ласковость, всепонижающую мудрость — мудрость человека, всегда терпимого к другим. Умный человек понимает и спокойно многое прощает. Создайте, выдумайте или вспомните любую сценку, которая была в жизни или вы о ней читали, или стихи помогут вам, — но с помощью этой сценки воспроизведите нужное настроение: мягкое, ласковое, может быть, чуть грустное, но грусть эта хорошая. Я помолчу, а вас прошу воссоздать любую картину, которая поможет создать такое настроение. Может быть, это будет человек, может быть, запах или строчки стихов, любой способ, который поможет вам воспроизвести это настроение. А ведь очень здорово — управлять своим настроением! «Умей прощать и не кажись, прощая, великодушной и умней других»; ощутите себя человеком среди людей — это самое главное. Дышите спокойно, непринужденно. . .».

Занятие 6/IV 1969 г. Самостоятельное задание «Бодро-задорное настроение» — врач Г. С. Беляев. «Все упражнения первой ступени вы выполняете походя, без специальных приемов, без самоугаваривания: стоит подумать и эти ощущения легко реализуются. Наша задача на этих занятиях в другом. В том, чтобы научить вас управлять своим настроением. Все приемы на предыдущих занятиях: огоньки, апельсин, вечерний лес — это не догма, а только ориентировочные примеры. Я демонстрирую их вам с той единственной целью, чтоб вы поняли, как можно самому изменить свое настроение в соответствии с заданной темой, как вы того хотите. Я говорю о том, что взгляд на огонь, картины природы успокаивают, но что вы сами увидите — вечерний лес или поляну, залитую солнцем — это для каждого свое. Вы выберете для себя удачней, индивидуальней, более значимое для вас. И вот теперь выполните задание без моей подсказки. Я буду молчать, а вы добейтесь настроения веселой бодрости, веселого задора. Например, вы идете на праздник, к знакомым, и хотите быть приятным приятным вам людям и чтоб вам было интересно с ними. А на работе у вас был утром неприятный разговор, настроение испорчено. Как же выполнить поставленную задачу? В вашей жизни несомненно были случаи, когда вы были веселыми, находчивыми, все вам удавалось. У каждого были такие моменты и в памяти они сохранились. Все происходило во времени и пространстве, вот и вспомните эту обстановку, вспомните это «где-то» и восстановите всю картину в памяти. Когда вы ее ярко вспомните, вы вспомните и свое настроение, потрудитесь вспомнить свое внутреннее состояние в то время — восстановите обстановку, а затем и свой внутренний мир. Вам ставится задача воспроизвести бодро-задорное настроение, и если вы создадите его, тогда оденете на себя настроение по заказу, как утром выбираете подходящую ко дню одежду. Это упражнение — не более, но если вы выполните его здесь, то что вам мешает выполнить его в жизни, по своему выбору в нужных обстоятельствах. Расцените это сегодня как контрольное задание. Мне кажется, что это задание вам удастся. Во всяком случае, мне бы это очень хотелось. При отчете я не требую описывать сцену, которую вы вспомнили, но напишите, выполнили ли вы задачу, если нет, то что вам мешало ее выполнить? Сделайте вдох, выдох, вдох поглубже, задержите дыхание — выдох!».

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ

- Авербух Е. С. Психика и гипертоническая болезнь. Л., 1965.
- Авербух Е. С., Морозова Н. Л. Лечение больных максимальным мышечным расслаблением. В сб.: Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни. Л., 1959, с. 292—297.
- Алексеев А. В. О применении психорегулирующей (аутогенной) тренировки в спортивной практике. Материалы итоговой научн. сессии ВНИИФК за 1967 г. М., 1967, с. 8—12.
- Алексеев А. В. Психорегулирующая тренировка (ч. 1: Успокоение). Методическое письмо. М., 1968.
- Алексеев А. В. Психорегулирующая тренировка (ч. 2: Мобилизация). Методическое письмо. М., 1969.
- Ананьев Б. Г. Психология чувственного познания. М., 1960.
- Андрянов В. В. Аутогенная тренировка как метод специальной психотерапии сексуальных расстройств у мужчин. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 423—425.
- Андрянов В. В., Собчик Л. Н. Клинико-психологическое изучение эффективности аутогенной тренировки при психогенных формах импотенции. В сб.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 20—23.
- Анохин П. К. Узловые вопросы в изучении высшей нервной деятельности. В сб.: Проблемы высшей нервной деятельности. М., 1949, с. 9—128.
- Анохин П. К. Физиология и кибернетика. Вопр. философ., 1957, № 4, с. 32—61.
- Анохин П. К. Предисловие к русск. изд. кн. Э. Гельгорн и Дж. Луфборроу. Эмоции и эмоциональные расстройства. М., 1966, с. 5—18.
- Балтпурвин Г. Н. Аутогенная тренировка в комплексе ранней дородовой подготовки. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 324—327.
- Бамдас Б. С. Клинические основы дифференцированной психотерапии. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966, с. 5—8.
- Барановская О. П., Ромен А. С., Свядощ А. М. Электрическая активность головного мозга во время аутогенной тренировки. Материалы научн. конф. психиатров Средней Азии и Казахстана. Фрунзе, 1961, с. 92—94.
- Безюк Н. Г. Об эмоциональной и внушенной температуре. Сов. врач. журн., 1940, № 7—8, с. 521—525.
- Белый Б. И. Современные данные об анатомическом субстрате эмоциональных реакций. Журн. невропатол. и психiatr., 1968, № 9, с. 1401—1410.
- Беляев Г. С. Специальный курс аутогенной тренировки при лечении системных неврозов. В сб.: Неврозы и соматические расстройства. Л., 1966, с. 309—312.
- Беляев Г. С. Индекс эффективности лечения (ИЭЛ) как метод сравнительной оценки результатов терапии больных неврозами. В сб.: Неврозы и их лечение. Л., 1969, с. 79—82.
- Беляев Г. С. Вариант аутогенной тренировки для лечения неврозов. Автореф. дисс. Л., 1971.
- Беляев Г. С., Копылова И. А. К вопросу о методике применения высших ступеней аутогенной тренировки. Вопросы психиатрии и невропатологии, в. XIII. Л., 1968, с. 189—196.
- Беляев Г. С., Мажбиц А. А. Аутогенная тренировка при лечении неврозов. Метод. письмо. Л., 1968. II изд. Труды ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева, т. 54. Л., 1970, с. 119—160.
- Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М., 1966.

- Бехтерев В. М. Случай навязчивых идей, излеченных самовнушением в начальных периодах гипноза. Вестн. клин. судеб. психиат. и невропатол., 1890, т. 7, с. 152—166.
- Бехтерев В. М. О влиянии мозговой коры человека на сердцебиение, давление крови и дыхание. Обзор., психиат., неврол. экспер. психол., 1898, № 11, с. 854—857.
- Бехтерев В. М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. СПб., 1911.
- Бехтерев В. М. О лечении болезненных влечений и навязчивых состояний отвлекающей психотерапией. Обзор. психиатр., неврол., экспер. психол., 1913, № 6—7, с. 321—329.
- Бехтерев В. М. Вопросы, связанные с лечебным и гигиеническим действием музыки. Обзор. психиатр., неврол., экспер. психол., 1916, № 1—3, с. 105—124.
- Бехтерев В. М. Самовнушение и куэизм как исцеляющий фактор. Вестн. знан., 1925, № 17—18, с. 1121—1130.
- Бехтерев В. М. Об эмоциях как минико-сочетательных рефлексах. В сб.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы, в. 3. М., 1929, с. 17—30.
- Бехтерева Н. П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Л., 1970.
- Бехтерева Н. П., Бондарчук А. Н., Смирнов В. М., Трохачев А. И. Физиология и патофизиология глубоких структур мозга человека. Л.—М., 1967.
- Бехтерева Н. П., Грачев К. В., Орлова А. Н., Яцук С. Л. Использование множественных электродов, вживленных в подкорковые структуры головного мозга человека, для лечения гиперкинеза. Журн. невропатол. и психиатр., 1963, № 1.
- Бортник Т. Л. Модификация аутогенной тренировки и ее применение в клинике неврозов и патологических развитий личности. Автореф. дисс. М., 1969.
- Боткин Я. А. Принципы психотерапии. М., 1897.
- Бродал А. Ретикулярная формация мозгового ствола. М., 1960.
- Бродов В. В., Сухаревский Л. М. Учение индийских йогов о здоровье человека в свете современной науки. Философские вопросы медицины. М., 1962, с. 277—302.
- Буль П. И. Опыт применения психотерапии в клинике внутренних болезней. Л., 1968.
- Бургсдорф Э. В., Ильинская О. В., Добржанская Н. В., Прокофьева Н. Г., Капущевская С. И. К вопросу о применении психотерапии в комплексе лечения больных нейринфекционными заболеваниями. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 268—270.
- Валуева М. Н. Произвольная регуляция вегетативных функций организма. М., 1967.
- Василевская А. Д. Опыт применения аутогенной тренировки в лечении больных хроническим алкоголизмом. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 241—242.
- Васильев Л. Л., Подерни В. А. Выработка условного сердечного рефлекса при регистрации токов действия сердца. В сб.: Вопросы изучения и воспитания личности, в. 1—2. Л.—М., 1930, с. 68—80.
- Вельвовский И. З. Методические и организационные вопросы внедрения психотерапии в санаторно-курортную медицину. В сб.: Психотерапия в курортологии. Киев, 1966, с. 155—193.
- Вельвовский И. З., Балтпурвин-Безуглова Г. Н. Принципы и предварительная схема построения психопрофилактического обслуживания беременных с первого дня обращения в консультацию. В сб.: Психопрофилактика в акушерстве и гинекологии. Киев, 1967, с. 250—254.
- Веткин Б. А., Кондаков А. Е., Валуев Б. С. Опыт психологической подготовки лыжников-гонщиков. Пермь, 1966.
- Вольперт И. Е. Психотерапия. Л., 1971.

- Воротникова И. В. Аутогенная тренировка в комплексном лечении логоневрозов. Методич. материалы по лечению расстройств речи. Л., 1966, с. 13—17.
- Выдридж Д. Механизмы мозга. Пер. с англ. М., 1965.
- Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М., 1956.
- Гаррис Дж. Ретикулярная формация, реакция стресса и эндокринная активность. В сб.: Ретикулярная формация мозга. М., 1962, с. 191—198.
- Гасуль Я. Р. Применение метода аутогенной тренировки в сочетании с гипнотерапией при лечении больных с психогенными заболеваниями. 7-я Запорожск. област. научн.-практ. конф. невропатологов и психиатров. Запорожье, 1961, с. 78—80.
- Гасуль Я. Р. Аутогенная тренировка в сочетании с гипнотерапией и мотивированным самовнушением при лечении больных психогенными заболеваниями. В сб.: Вопросы курортологии. Киев, 1966, с. 229—233.
- Гасуль Я. Р. Применение аутогенной тренировки в сочетании с мотивированным самовнушением с целью реадaptации больных с транзиторными нарушениями мозгового кровообращения. Материалы IV съезда невропатологов и психиатров УССР. Киев, 1967, с. 170—171.
- Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. Пер. с англ. М., 1966.
- Гиляровский В. А. О психотерапии на коллективах невротиков. Моск. мед. журн., 1926, № 7, с. 55—61.
- Гиппиус С. В. Гимнастика чувств. тренинг творческой психотехники. Л., 1967.
- Гиссен Л. Д. Место и значение психогигиены в подготовке спортсменов. Теория и практ. физ. культ., 1969, № 2.
- Гиссен Л. Д. Психорегулирующая тренировка (успокоение и варианты завершающего занятия). Метод. письмо, М., 1969а.
- Грин Д. Обонятельный мозг. В сб.: Ретикулярная формация мозга. М., 1962, с. 533.
- Гройсман А. Л. Коллективная психотерапия. М., 1969.
- Дельгадо Х. Мозг и сознание. Пер. с англ. М., 1971.
- Джаспер Г. Современное представление о восходящем активирующем действии ретикулярной системы. В сб.: Ретикулярная формация мозга. М., 1962, с. 286—294.
- Джефферсон Д. Ретикулярная формация и клиническая неврология. В сб.: Ретик. формация мозга. М., 1962, с. 636—640.
- Дубровский К. М. Методика директного группового внушения. В сб.: Психотерапия в курортологии. Киев, 1966.
- Дюбуа П. Воображение как причина болезни. СПб., 1912.
- Егоров А. С. О регулирующих влияниях сознания спортсменов при мышечной работе на выносливость. Автореф. дисс. Л., 1963.
- Ефимов В. В. Действие воображаемой физической работы на газообмен и сердечно-сосудистую систему. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1936, т. 2, № 1, с. 55—57.
- Залманов А. С. Тайная мудрость человеческого организма. М.—Л., 1966.
- Запорожец А. В. Развитие произвольных движений. М., 1960.
- Зеленин В. Ф., Каннабих Ю. В., Степанов П. Н., Сухаревский Л. М. Влияние психического фактора на механизмы терморегуляции и некоторые формы обмена. Клин. мед., 1936, т. 14, № 7, с. 973—983.
- Зеневич Г. В., Либих С. С. Психотерапия алкоголизма. Л., 1965.
- Зурабашвили А. Д. Актуальные проблемы персонологии и клинической психиатрии. Тбилиси, 1970.
- Иванов Н. В. Основные вопросы методики коллективной психотерапии неврозов. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958, с. 86—91.
- Иванов Н. В. Релаксация. Теория и практика. (Рецензия). Журн. невропатол. и психиатр., 1960, № 8, с. 1074—1079.
- Иванов Н. В. К вопросу о теории советской коллективной психотерапии. Журн. невропатол. и психиатр., 1960, № 10, с. 1342—1351.

- Иванов Н. В. К вопросу о методике активирующей психотерапии (о значении мотивированного самовнушения). Актуальные вопросы психиатрии и невропатологии. М., 1963.
- Иванов Н. В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. М., 1966.
- Иванов-Смоленский А. Г. Попытка экспериментального подчинения вегетативных реакций кортикальному импульсу. Физиол. журн. СССР, 1936, т. 21, № 5—6, с. 818.
- Истомин П. П., Гальперин П. Я. О влиянии внушенных состояний на колебания пищеварительного лейкоцитоза. Укр. вестн. рефлексол., 1925, № 2, с. 163—170.
- Каганова Э. Д. (ред.). Методические указания по проведению аутогенной тренировки при логоневрозах. Л., 1968.
- Каннабих Ю. В. Психотерапия. В кн.: Основы терапии, т. II. Л., 1926, с. 45—64.
- Катовников А. И. О месте психотерапии в лечении больных энцефалитами с преимущественным поражением межточного мозга. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966, с. 152—153.
- Кляйнзорге Х., Клюмбиес Г. Техника релаксации. Саморасслабление. Пер. с нем. М., 1965.
- Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. М., 1962.
- Копылова И. А. Аутогенная тренировка при лечении сексуальных нарушений у женщин. В сб.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 124—125.
- Корецкий В. М., Ковбаса И. П. Отдаленные результаты коллективной психотерапии. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 94—95.
- Короткин И. И. Изменения высшей нервной деятельности, вызванные представлением заданного образа. Журн. высш. нервн. деят., 1964, т. 14, № 6, с. 937—946.
- Котляровский Л. И. Сердечно-сосудистые условные рефлексы на непосредственный и словесный раздражитель. Физиол. журн. СССР, 1936, № 2, с. 20.
- Крауклис А. А. Саморегуляция высшей нервной деятельности. Рига, 1964.
- Крафт-Эбинг Р. Экспериментальные исследования в области гипнотизма. СПб., 1889.
- Кричевская Л. Н. Аутогенная тренировка в амбулаторных условиях. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 98—99.
- Кришталь В. В. Роль психотерапии в комплексном лечении эмоциональных расстройств при импотенции. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 439—441.
- Куэ Э. Школа самообладания путем сознательного самовнушения. Пер. с франц. Н. Новгород, 1928.
- Лебединский М. С. Очерки психотерапии. II изд. М., 1971.
- Лебединский М. С., Бортник Т. Л. О значении психотерапии для реадaptации больных невротическими состояниями. В кн.: Социальная реадaptация психических больных. М., 1965, с. 242—249.
- Левенков Н. В., Трошин В. Д., Наченская Е. М. Опыт применения аутогенной тренировки в лечении больных ангионевротической стенокардией. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 309—310.
- Либих С. С. Коллективная психотерапия и аутогенная тренировка больных сексуальными расстройствами. В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 433—441.
- Либих С. С. Теория и практика коллективной психотерапии. Автореф. дисс. Л., 1969.
- Лилли Дж. Обучение при подкорковом раздражении: старт- и стоп-типы поведения. В сб.: Ретикулярная формация мозга. М., 1962, с. 616.
- Лисина М. И. О некоторых условиях превращения реакций из произвольных в произвольные. Автореф. дисс. М., 1955.

- Лобзин В. С., Кулагин Ю. М. Аутогенная тренировка в практике военного врача. Методическое письмо. Л., 1968.
- Лубенская А. И. Система логопедических занятий в курсе аутотренинга. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966, с. 209—211.
- Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы. М., 1963.
- Мажбиц А. А. Об использовании аутогенной тренировки в комплексном лечении взрослых заикающихся. В сб.: Восстановительная терапия и соц.-трудовая реадaptация больных нервно-психическими заболеваниями. Л., 1965, с. 284—288.
- Мажбиц А. А. К вопросу о структуре и динамике страха у заикающихся. В кн.: Неврозы и соматические расстройства. Л., 1966, с. 273—276.
- Марищук В. Л. Повышение эмоциональной устойчивости специальными физическими упражнениями. В сб.: Рекомендации по физ. подготовке и спорту. Л., 1965, с. 69—81.
- Мировская Н. П. Применение психотерапевтических приемов в комплексном лечении заикания у детей и подростков. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 418—420.
- Мировский К. И. Влияние психотонической (аутогенной) тренировки на сосудистый тонус больных с нарушениями артериального давления. В сб.: Расстройства мозгового кровообращения в психиатрической клинике. Киев, 1966, с. 46—53.
- Мировский К. И. Клинико-физиологические критерии применения методов релаксации при неврозах и неврозоподобных состояниях. Автореф. дисс. Харьков, 1967.
- Мировский К. И., Шогам А. Н. О некоторых клинико-физиологических показателях психотонической (аутогенной) тренировки при неврозах. Труды IV Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров, в. 5. М., 1965, с. 392—397.
- Мэгун Г. В. Бодрствующий мозг. Пер. с англ., М., 1965.
- Мюллер-Хегеманн Д. О важнейших новых терапевтических методах в неврологии и психиатрии. Журн. невропатол. и психиатр., 1957, № 2, с. 203—207.
- Мягер В. К., Мясищев В. Н. Коллективная психотерапия как метод естественно-экспериментального медико-психологического исследования. В сб.: Психологические методы исследования в клинике. Л., 1967, с. 254—258.
- Мягков И. Ф., Лакомкин А. И. О физиологических механизмах аутогенной тренировки. Журн. невропатол. и психиатр., 1968, № 7, с. 1052—1056.
- Мясищев В. Н. Понятие «невроза органов» и его значение для клиники неврозов и внутренних болезней. Труды ин-та им. В. М. Бехтерева, т. 18. Л., 1959, с. 71—72.
- Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
- Натадзе Р. Г. К вопросу о связи способности сценического воплощения со способностью вырабатывать фиксированную установку на основе представления. В сб.: Психология, т. III. Тбилиси, 1945, с. 349—370.
- Неверовский Л. В. Психологические исследования по совершенствованию режимов труда и отдыха. В кн.: Опыт планирования соц. развития производственных коллективов Ленинграда. М., 1970, с. 20—23.
- Некрасова Ю. Б., Орловская С. Ф. Применение аутогенной тренировки в комплексе медико-педагогического воздействия на заикающихся. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966, с. 212—213.
- Немчин Т. А. Особенности психотерапии при состояниях невротического страха. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966, с. 85—87.
- Олдз Д. Эксперименты по самораздражению и дифференцированные системы подкрепления. В сб.: Ретикулярная формация мозга. М., 1962, с. 588.
- Орбели Л. А. Физиология сценического перевоплощения. Театр, 1945, № 1, с. 62—63.
- Павлов И. П. Павловские клинические среды, т. 1. М. — Л., 1949, с. 337.
- Панов А. Г., Лобзин В. С., Белянкин В. А., Кулагин Ю. М. Опыт применения аутогенной тренировки в неврологической клинике. Журн. невропатол. и психиатр., 1969, № 3, с. 385—389.

- Пейпек Д. Висцеральный мозг, его строение и связи. В кн.: Ретикулярная формация мозга. М., 1962, с. 520.
- Пенфилд У., Джаспер Г. Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга человека. М., 1958.
- Первов Л. Г. К исследованию образного целостного мышления. В сб.: Проблемы лабильности, парабиоза и торможения. М., 1962, с. 171—174.
- Платонов К. И. К учению о природе гипноза и гипносуггестивной психотерапии. Совр. психоневрол., 1926, т. 2, № 3, с. 267—288.
- Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. 3 изд. М., 1962.
- Платонов К. И. К вопросу о современном положении физиологически обоснованной психотерапии и границах ее применения. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958, с. 20—23.
- Перекрестов И. М. К вопросу о методике и технике нейрососудистого варианта аутогенной тренировки при некоторых органических заболеваниях центральной нервной системы. В кн.: Вопросы психиатрии. Пермь, 1968.
- Подъяпольский П. П. О вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением. Журн. невропатол. и психиатр., 1909, т. 1—2, с. 101—109.
- Полякова В. Б. О физиологических механизмах влияния музыки на некоторые соматические и вегетативные функции. Автореф. дисс. Пермь, 1967.
- Портнов А. А. Хронический алкоголизм или алкогольная болезнь. В кн.: Алкоголизм. М., 1959, с. 53—61.
- Портнов А. А., Федотов Д. Д. Неврозы, реактивные состояния и психопатии. М., 1957.
- Пуни А. Ц. Психологическая подготовка к соревнованию в спорте. М., 1969.
- Пятницкая И. Н. Динамика формирования наркоманической зависимости. В сб.: Вопросы психиатрии и невропатологии, т. 12, Л., 1966, с. 767—763.
- Радхакришнан С. Индийская философия, т. 2. М., 1957, с. 296—330.
- Райков В. Л. Опыт лечения невроза навязчивых состояний модификацией «высшей школы» аутогенной тренировки по Шульцу. В сб.: Терапия психических заболеваний. М., 1968, с. 392—398.
- Рамачарак. Наука о дыхании индийских йогов. Пг., 1916.
- Рейдер Э. Г. О некоторых особенностях усвоения английского языка в состоянии релаксации и аутогенной тренировки. Автореф. дисс. Л., 1970.
- Рожнов В. Е. Гипноз в медицине. М., 1954.
- Рожнов В. Е. К вопросу о физиологических особенностях гипнотического сна различных стадий и глубины. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958, с. 46—57.
- Рожнова М. А., Рожнов В. Е. Гипноз и религия. М., 1962.
- Ромен А. С. Влияние аутогенной тренировки на некоторые вегетативные и психические процессы. Автореф. дисс. Караганда, 1963.
- Ромен А. С. Самовнушение и его влияние на организм человека. Алма-Ата, 1970.
- Свядош А. М. Восприятие речи во время естественного сна. Автореф. дисс. Л., 1940.
- Свядош А. М. Неврозы и их лечение. II изд. М., 1971.
- Свядош А. М., Ромен А. С. Применение аутогенной тренировки в психотерапевтической практике (техника самовнушения) Метод. пособие. Караганда, 1966.
- Свядош А. М., Ромен А. С. О возможности применения аутогенной тренировки для психологической подготовки человека к космическим полетам. Материалы симпозиума по изучению особенностей сна и переходных состояний человека применительно к задачам и условиям космического полета. М., 1968.
- Сегал Б. М., Собчик Л. Н. Клинико-психологическое изучение эффекта аутогенной тренировки. В сб.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 120—122.
- Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960.
- Сеченов И. М. Избранные философские и психологические произведения. М., 1947.
- Симонов П. В. Метод К. С. Станиславского и физиология эмоций. М., 1962.
- Сорохтин Г. Н., Тургель К. Ю., Минут-Сорохтина О. П. О сочетательных ваготропных рефлексах сердца. Физиол. журн. СССР, 1934, т. 17, № 1, с. 207—217.

- Стычинский И. Л. К вопросу о психогенных колебаниях температуры. *Клин. мед.*, 1923, т. 1, № 5—6, с. 44—46.
- Тапильский А. А. Изменение количества лейкоцитов при внушении сытости и голода в состоянии условно-рефлекторного сна. *Мед. мысль Узбекистана*, 1928, № 2, с. 8—14.
- Тарасов Г. К., Каландришвили А. С. О роли психотерапии в лечении и восстановлении трудоспособности больных сосудистыми заболеваниями. В сб.: *Восстановительная терапия и соц.-трудова реадатация больных нервно-психическими заболеваниями*. Л., 1965, с. 250—254.
- Тарнопольская Л. А. Дифференцированная психотерапия при закрытой черепно-мозговой травме. В сб.: *Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии*. Харьков, 1968, с. 389—391.
- Тарханов И. Р. Психические явления и телесные процессы в организме животных и человека. *Вестн. Евр.*, 1884, т. 7, с. 39.
- Ткаченко В. Я. Лечение неврастении с нарушением сна гипноспсихотерапией с элементами музыки в условиях курорта. Автореф. дисс. Харьков, 1966.
- Токарский А. А. Гипнотизм и внушение. *Арх. психиатр.*, 1887, т. 1—3.
- Ураков И. Г., Гребенников В. С. Групповая психотерапия алкоголизма в условиях стационара. В сб.: *Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии*. Харьков, 1968, с. 261—262.
- Файнберг С. Г. Опыт работы открытого детского психопрофилактического приема. В сб.: *Неврозы и их лечение*. Л., 1969, с. 216—221.
- Форель А. Гипнотизм, внушение и психотерапия. Л., 1928.
- Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ, т. 1—2. М. — Пг., 1922—1923.
- Френч Д. Кортикофугальные связи с ретикулярной формацией. В сб. *Ретикулярная формация мозга*. М., 1962, с. 433.
- Хармандарьян Г. И., Платонов К. И., Безчинская Н. М. Эмоции и их влияние на состояние желудка по гипносуггестивному методу. *Клин. мед.*, 1933, т. 11, с. 21—27.
- Черникова О. А. Приемы преднамеренного регулирования эмоционального состояния как одно из средств психологической подготовки спортсмена. В кн.: *Психологическая подготовка спортсмена*. М., 1965, с. 26—35.
- Черникова О. А., Дашкевич О. В. Аутогенная тренировка. *Метод. письмо*. М., 1967.
- Шогам А. Н. О психотонической тренировке. В сб.: *Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии*. Харьков, 1968, с. 60—67.
- Шпак В. М. Лечение самовнушением некоторых видов навязчивости. В сб.: *Вопр. психотерапии*. М., 1966, с. 102—103.
- Элдрид Э., Фудзимори Б. Влияние ретикулярной формации на активизацию мышечных веретен. В сб.: *Ретикулярная формация мозга*. М., 1962, с. 249.
- Эшби У. Р. Конструкция мозга. Пер. с англ., М., 1962.
- Юсевич Ю. С. Электромиография в клинике нервных болезней. М., 1958.
- Яковлева Е. К., Зачевицкий Р. А., Часов В. А. Опыт коллективной психотерапии больных неврозами. *Журн. невропатол. и психиатр.*, 1959, № 10, с. 1201—1207.
- Яроцкий А. И. О психотерапии при хронических внутренних болезнях. *Русск. врач*, 1917, т. 3, с. 25—28.
- Яцков Л. П. Метод аутогенной тренировки речи при логоневрозе. В сб.: *Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии*. Харьков, 1968, с. 421—422.
- Aboulker P., Schertok L., Sapir M. *Applications de la médecine psychosomatique*. Paris, 1960.
- Alberts M. *Autogenes Training bei Schulschwierigkeiten*. Psychotherapie, 1957, Bd. 3, S. 166—167.
- Andree O. *Die Wirkung von Literatur und Dichtung auf Patienten in einer rationalen Psychotherapie*. Psychiat., Neurol. med. Psychol., 1969, Bd. 4, S. 152—156.
- Bauch M. *Beeinflussung des Diabetes mellitus durch psychophysische Entspannungsübungen*. Dtsch. Arch. Klin. Med., 1935, Bd. 2, S. 149—166.
- Baudouin Ch. *Suggestion and autosuggestion*. London, 1920.

- Beltheim S. Contribution a la relaxation d'après Schulz a propos des troubles subjectifs occasionnes par l'hypertonie essentielle. *Rev. méd. psychosom.*, 1960, t. 2, N 2, p. 197—199.
- Binder H. Le training autogène dans la pratique courante et chez les traumatisés du crâne. *Rev. méd. psychosom.*, 1960, t. 2, N 2, p. 200—203.
- Birkmayer W. Correlations between muscle tone and psyche. In: *Anxiety and tension*. Basel, 1970, p. 29—35.
- Bishop M., Elder S., Heath R. Intercranial selfstimulation in man. *Science*, 1963, v. 140, p. 394—402.
- Boome E. J. Muscular and mental relaxation in peace and war. *Nature*, 1944, v. 153, N 6, p. 447—549.
- Bousingen R. D., de. La relaxation. Paris, 1961.
- Brankel O. Autogenic training of stammering. *Fol. Phoniati.*, 1958, v. 10, N 2, p. 112—119.
- Bugard P. A propos de la relaxation dans les états astheniques. *Rev. med psychosom.*, 1960, t. 2, N 3, p. 159—160.
- Burkhardt J., Hesse G. Das autogene Training in der nervenärztlichen Sprechstunde. *Psychiat., Neurol. med. Psychol.*, 1967, Bd. 19, S. 186—189.
- Cannon W. B. Organisation for physiological homeostasis. *Physiol. rev.*, 1929.
- Chertok L. La relaxation. Paris, 1958 (Préface).
- Coue E. La maîtrise de soi-même par l'autosuggestion conciente. Nancy — Paris, 1922.
- Das N. N., Gasaut H. Variations de l'activité électrique du cerveau, du coeur et des muscles squelettiques au cours de la méditation et de l'extase yogique. In: *Conditione et réactivité en EEG*. Paris, 1957, p. 211—233.
- Dubois P. Les psycho-nevroses et leur traitement moral. Paris, 1905.
- Ellas H. Zur Kenntnis der Hauttemperatur über dem Herzen. *Wien. klin. Wschr.*, 1955, Bd. 35/36, S. 301—310.
- Faure H. Hallucinations et réalité perceptive. Paris, 1969.
- Fetique J., Ritter M., Botz R., Bousingen R. D., de. Pratique du training autogène en groupe. *Inform. psychiat.*, 1964, t. 2, p. 125—136.
- Fichel M., Müller V. Psychogalvanische Hautreaktionen im autogenen Training und während der Hypnothérapie. *Z. Psychol.*, 1962, Bd. 167, H. 1—2, S. 80—106.
- Freud S. Breuer J. Studien über Hysteria. Wien, 1895.
- Fuchs M. Atemtherapie oder rhythmisierte Entspannungstherapie. *Prax. Psychother.*, 1959, Bd. 4, S. 173—178.
- Geissmann P. La relaxation, recherches électroencéphalographiques. *Rev. méd. psychosom.*, 1962, t. 4, N 1, p. 56—71.
- Granit R., Kaada B. Influence of stimulation of central nervous structures on muscle spindels in cat. *Acta physiol. Sci.*, 1952, t. 27, p. 130—138.
- Gurfin L. Emploi du training autogene dans la phobie, t. IV. Strassbourg, 1965, p. 128—129.
- Haward L. R. The effect of phenytion-aided autogenic training on stress threshold. *Int. Congr. psychosom. med. and hypnose*. Kyoto, 1967, p. 91.
- Hess W. Stammganglien Reizvesuchen. *Ber. ges. Physiol.*, 1928, Bd. 42, S. 554—555.
- Hiller J., Müller-Hegemann D., Wendt H. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des autogenen Trainings (AT) auf die Leistung. *Med. Sport*, 1962, Bd. 2, H. 1, S. 55—58.
- Hollender M. H. Selection of patients for definitive forms of psychotherapy. *Arch. gen. psychiat.*, 1964, v. 10, N 4, p. 361—369.
- Hoppe K. D. Autogenic training with neurotic and psychotic patients. *Med. Times*, 1961, v. 89, p. 254—263.
- Ishida J. Modification of conditioned motor response during autogenic training and heterohypnosis. *Extr. a. papers of IV World Congr. psychiat.* (Madrid, 1966), f. 117, Amsterdam, 1966, p. 46.
- Israel L., Rohmer F., Geissmann P. Variations électroencéphalographiques au cours de la relaxation autogène et de l'hypnose. In: *La relaxation*. 3 ed. Paris, 1964, p. 123—134.
- Jacobs H. Indische Weisheit und westliche Psychotherapie. München, 1965.

- Jacobson E. Evidence of contraction of specific muscles during imagination. *Am. J. physiol.*, 1930, v. 95, p. 703—720.
- Jacobson E. Progressive relaxation. Chicago—London, 1938.
- Jacobson E. Anxiety and tension control. Philadelphia, 1964.
- James W. La théorie de l'emotion. Paris, 1906.
- Junova H., Knobloch F. Psychogymnastik als eine Methode der Psychotherapie. *Prax. Psychother.*, 1966, Bd. II, S. 63—76.
- Kamakura K. Autogenous training, relief from stress. *J. Jap. dent. ass.*, 1966, v. 19, p. 298—299.
- Kleinsorge H. Kortiko-viszerale Korrelationen. *Wiss. Zschr. Univ. Jena*, 1952/53, Bd. 2, S. 25—37.
- Kleinsorge H. The treatment by relaxation in an University policlinic. *Brit. J. med. hypn.*, 1963, v. 15, N 1, p. 184—186.
- Kleinsorge H. Selbst-entspannung. *Traininsheft*. Jena, 1968.
- Kleinsorge H., Klumbies G. Technik der Relaxation. Jena, 1962.
- Klumbies G. Ablationshypnose. *Z. Psychother.*, 1952, Bd. 8, S. 17—22.
- Kraepelin E. Psychiatrie, Bd. 4. Leipzig, 1915.
- Kretschmer E. Suggestion und Training. In: Bericht über den Kongress für Neurologie und Psychiatrie. Tübingen, 1947.
- Kretschmer W. Selbsterkenntnis und Willensbildung in ärztlichen Räume. Stuttgart, 1958.
- Kulenkampff C. Über das Syndrom der Herzphobie. *Z. Psychother. med. Psychol.*, 1964, Bd. 14, H. 6, S. 217—227.
- Langen D. Autogenes Training und Hypnotherapie. *Fortschr. Med.*, 1971, Bd. 83, H. 22, S. 867—870.
- Leeuwe J., de. Relaxation et activite optimale. *Acta psychol.*, 1962, t. 20, p. 128—138.
- Lesse S. Psychotherapy in combination with antidepressant drugs. *J. psychiat.*, 1962, v. 3, N 3, p. 154—158.
- Luthe W. Autogenic therapy, v. v. I—VI. N. Y.—London, 1969/70.
- Machac M. Relaxační activační autoregulační zasah. *Cslv. psychol.*, 1964, t. 2, s. 12—31.
- MacLean P. The limbic system ("visceral brain") in relation to central gray and reticulum of the brain-stem. *Psychosom. med.*, 1958, v. 17, p. 355—366.
- Magoun H., Rhines R. An inhibitory mechanism in the bulbar reticular formation. *J. neurophysiol.*, 1946, v. 9, p. 165—177.
- Marchand H. Variations of blood sugar and leucocytes during autogenic training. *Proc. 3rd World Congr. psychiat.* (Montreal, 1961), v. III. Toronto, 1963, p. 494—495.
- Meier O. Das Anliegen der Psychotherapie in der Allgemeinpraxis; autogenes Training als Basismethode. *Praxis*, 1959, Bd. 48, S. 1199—1203.
- Meier O. Herzinfarkt, Blutdruck und autogenes Training. *Therap. Umsch.*, 1966, Bd. 23, S. 60—62.
- Moreno J. L. (ed.). The international handbook of group psychotherapy. N. Y., 1966.
- Müller-Götz H. Klinisch-therapeutische Beurteilung von psychotherapeutischen Arbeiten über Asthma bronchiale, Stoffwechsel und Ernährungsstörungen und Hauterkrankungen. Bonn, 1966.
- Müller-Hegemann D. Einige Modifikationen des autogenen Trainings. *Nervenarzt*, 1956a, Bd. 27, H. 6, S. 266—271.
- Müller-Hegemann D. Autogenes Training. Berlin, 1959.
- Olds J. Hypothalamic substrates of reward. *Physiol. rev.*, 1962, v. 42, p. 554—563.
- Olds J., Milner P. Positive reinforcement by electrical stimulation of the septal area and other regions of the rat brain. *J. comp. physiol. psychol.*, 1954, v. 47, p. 419—428.
- Oles M. Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.*, 1956, Bd. 2—3, S. 76—78.
- Penfield W., Boldrey E. Somatic, motor and sensory representation in the cerebral cortex as studied by electrical stimulation. *Brain*, 1937, v. 60, p. 389—443.

- Pöldinger W. Aspects of anxiety. In: Anxiety and tension. Basel, 1970, p. 7—19.
- Polzien P. Die Änderung der Temperatur-Regulation bei der Gesamtumschaltung durch autogenes Training. Zschr. exp. Med. Opd., 1955, Bd. 3, S. 69—75.
- Roger A., Rossi G., Zirondoli A. Le rôle des éfferences des nervs craniens dans le maitien de l'état vigile de la préparation "encéphale". EEG a. clin. neurophysiol., 1956, v. 8, p. 11—19.
- Rohmer F., Israel L. L'électroencéphalogramme dans le "training autogène". Rév. neurol., 1957, t. 9, p. 559—563.
- Sainbury P., Gibson J. J. Symptoms of anxiety and tension and the accompanying physiological changes in the muscular system. J. neurol., neurosurg., psychiat., 1954, v. 17, N 3, p. 216—226.
- Salfield D. J. Auto-hypnotherapeutic techniques with special consideration of concentrative relaxation. Brit. J. med. hypn., 1957/58, v. 9, N 2, p. 47—56.
- Schultz J. H. Schichtenbildung im hypnotischen Selbstbeobachten. Mschr. Psychiat., Neurol., 1920, Bd. 49, S. 137—143.
- Schultz J. H. Das autogene Training. Leipzig, 1932. 12. Aufl. Stuttgart, 1966.
- Schultz J. H. Übungsheft für das autogene Training. 13. Aufl. Stuttgart, 1967.
- Schultz J. H., Luthe W. Autogenic training. N. Y., 1959.
- Schulze H. A. F. Die Begründung des wissenschaftlichen "Hypnotismus" in Deutschland durch Oscar Vogt. Psychiat., Neurol., med. Psychol., 1963, Bd. 5, S. 189—192.
- Shiao Jun, Cai Ken, He Ju-Ken, Zhang Mei-Li. Metabolic rate of the body during chinese traditional exercises. Acta psychol., 1963, v. 26, p. 11—13.
- Sivadon P. Relaxation et nevroses du travail. Rev. méd. psychosom., 1960, 2, N 3, p. 165—169.
- Snider J. G., Setting E. R. Autogenic training and the treatment of examination anxiety in students. J. Clin. Psychol., 1966, v. 22, p. 111—114.
- Stojanow W., Heidrich R. Das EEG während des autogenen Trainings. Psychiat. Neurol. med. Psychol., 1962, Bd. 14, H. 1, S. 13—18.
- Stokvis B. Psychologie der Suggestie en Autosuggestie. Locham, 1947.
- Stokvis B. Aktive Tonusregulation als Entspannungstherapie. Zschr. psychother. Med., 1959, Bd. 7, S. 134—140.
- Stokvis B. Psychotherapie für den praktischen Arzt. Basel—N. Y., 1961.
- Teirich H. R. Musik in der Medizin. Stuttgart, 1958.
- Traut E. F. Progressive relaxation in management of hypertension. Med. Clin. N. Am., 1932, v. 16, p. 347—349.
- Uchiyama K. Autogenic training in education. In: Abstr. a. Papers Int. Congr. psychosom. med. a hypnose. Kyoto, 1967, p. 97—98.
- Uchiyama K. A therapeutic application of the autogenic training to writres cramp. Jap. J. hypn., 1962, v. 7, p. 87—102.
- Vogt O. Autohypnose. Berlin, 1903.
- Völgyesi F. A. Über aktiv-komplexe Psychotherapie und die Bewegung "Schule der Kranken". Berlin, 1959.
- Wallhöfer H. Erfolgskontrolle bei Hypnose und autogenen Training. Arztl. Prax., 1968, Bd. XX, H. 92, S. 4509—4510.
- Wendt H. Versuch zur methodischen Erfassung der japanischen Zen-Übungen. Z. Psychother., 1960, Bd. 10, H. 1, S. 101—102.
- Winid B. Psychopatopogia a psychoicherapia zespotu natrectw. Psychiat. pol., 1969, t. 3, N 4, s. 413—418.
- Winterbert H. Schema corporel et relaxation. Med. inf., 1962, t. 69, N 8, p. 459—466.
- Wohlfahrt H. Die Wirkung von Farben und Farbassoziationen auf autonom-neutral gesteuerte Funktionprozesse. Mensch u. Farbe, 1962, Bd. 2, H. 1, S. 3—17.
- Yamaoka T. Psychological study of mental self-control. In: Psychol. studies of Zen. Fukuoka, 1967, p. 1—46.
- Zbrozyna A. Rhinencephalon and related structures. N. Y., 1963.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
История и источники аутогенной тренировки	7
Европейская система самовнушения	8
Древнеиндийская система йогов	11
Учение о гипнозе	14
Регуляция мышечного тонуса	16
Разъясняющая психотерапия	17
Физиологические и психологические основы аутогенной тренировки	21
Техника аутогенной тренировки низших ступеней	54
Классическая методика Шульца	54
Направленная органотренировка	60
Некоторые модификации аутогенной тренировки	63
Аутогенная тренировка в спорте	72
Методики, родственные аутогенной тренировке	75
Комплексные методики, включающие аутогенную тренировку	79
Терапевтические возможности аутогенной тренировки	80
Две системы показаний к аутогенной тренировке	81
/Медицинские показания и противопоказания	81
/Психологические показания и противопоказания	84
Аутогенная тренировка как групповая методика	85
Место аутогенной тренировки в системе психотерапии	87
Предварительные условия тренировки	89
Подготовительные психотерапевтические мероприятия	90
Вводная беседа	93
Организация занятий гетеротренинга	95
Психотерапевт как руководитель тренировок	100
Техника гетеротренинга	103
Комплексный курс	121
Модифицированная техника аутогенной тренировки («репродуктивная тренировка»)	126
Сенсорная репродукция	127
Комплекс дыхательных упражнений	130
Модификация словесных формулировок	131
Ускоренное обучение приемам аутогенной тренировки	132
Сочетание аутогенной тренировки с другими методами лечения	134
Сочетание с психотерапевтическими методами	136
Сочетание с медикаментозными средствами	140
Сочетание с физиотерапевтическим лечением	141
Результаты лечения аутогенной тренировкой	141
Показатели результатов лечения	141
Оценка результатов лечения	143
Приемы статистического анализа результатов лечения	145
Применение аутогенной тренировки при различных заболеваниях	146
Неврозы и пограничные состояния	147
Соматические заболевания	162
Органические заболевания центральной нервной системы	166

Гигиеническое, профилактическое и профессиональное использование аутогенной тренировки	172
Ежедневная психогигиеническая гимнастика	174
Аутогенная тренировка и самовоспитание	175
Аутогенная тренировка как метод производственной гигиены	177
Предупреждение нервно-психических нарушений, обусловленных частичной сенсорной изоляцией	180
Деятельность в условиях длительной гипокинезии	180
Аутогенная тренировка при обучении	182
О высших ступенях аутогенной тренировки	182
Аутогенная медитация по И. Шульцу	183
Техника упражнений высшей ступени	186
Приложение	198
Указатель литературы	205

Александр Гаврилович Панов
Георгий Соломонович Беляев
Владимир Семенович Лобзин
Ирина Анатольевна Копылова

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

Редактор С. С. ЛИБИХ

Художественный редактор А. И. ПРИЯМАК

Технический редактор Э. П. ВЫБОРНОВА

Корректор Р. И. ГОЛЬДИНА

Сдано в набор 23/VIII 1973 г. Подписано к печати 1/XI 1973 г. Формат бумаги 60×90¹/₁₆. Печ. л. 13,5. Бум. л. 6,75. Уч.-изд. л. 16,48. ЛБ-57, Тираж 10 000 экз. Цена 92 к. Заказ № 1669. Бумага типографская № 2. Ленинград, «Медицина», Ленинградское отделение. 192104, Ленинград, ул. Некрасова, д. 10.

Ленинградская типография № 4 Союзполиграфпрома при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, 196126, гор. Ленинград, Социалистическая, 14.