

# ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: МОДЕЛИ ИНТЕРВЕНЦИЙ

*Г. С. Кочарян*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Выделены и охарактеризованы модели гипносуггестивной терапии: гипносуггестивное программирование (директивное и недирективное), гипносуггестивное моделирование, гипнокатарсис, перемещение по шкале времени (регрессия: возрастная регрессия и регрессивный гипноз; возрастная прогрессия). Представлено их использование для коррекции различных сексуальных расстройств. Сделан вывод, что гипносуггестивная терапия с учетом разнообразия ее моделей и техник обладает мощным терапевтическим потенциалом в лечении больных с различными сексуальными нарушениями.**

*Ключевые слова:* гипносуггестивная терапия, модели интервенций, сексуальные расстройства.

Гипносуггестивная терапия была и остается эффективным методом лечения. Попытки умаления ее достоинств, объявив сугубо симптоматическим методом лечения, или даже, более того, дискредитировать, назвав опасной для здоровья человека, так как возникающие при этом состояния сходны с истерическими расстройствами, потерпели фиаско. Рекомендации использовать только первую, самую поверхностную стадию гипноза, считая более глубокие его стадии вредными для организма, также оказались необоснованными. Гипносуггестивная терапия широко использовалась и используется, в частности, для лечения различных сексуальных расстройств, особенно в тех случаях, когда речь идет о психогенных их формах.

Мы выделяем следующие модели проведения терапии в гипнотическом состоянии [1–3].

**Гипносуггестивное программирование (ГСП).** Пациенту, находящемуся в гипнотическом состоянии, делаются внушения, программирующее нормальное протекание того или иного поведенческого акта, нормальное самочувствие, что исключает наличие патологической симптоматики и ограничительных форм поведения. Применяется при различных в основном психогенных сексуальных дисфункциях у мужчин и женщин, а также при расстройствах сексуального предпочтения (парафилиях). Следует различать директивное и недирективное ГСП.

*Директивное ГСП.* Проводится как индивидуально, так и в группе. В качестве примера этого варианта приведем внушения, которые используются нами *с целью ликвидации у мужчин тревожного опасения сексуальной неудачи* [3, с. 321].

«Отныне в преддверии и во время интимной близости вы полностью уверены в себе, уверены в своих сексуальных возможностях... Во время ласк и поцелуев полностью погружаетесь в приятные сладострастные ощущения, растворяетесь в них, теряетесь в них... Все остальное в это время отходит на второй план, теряет смысл и значение... Во время ласк и поцелуев, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим и твердым, введение его удастся осуществить легко, на протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно... ».

*В случае, когда причиной преждевременного семяизвержения не является тревожное опасение сексуальной неудачи, можно использовать внушения, которые гипотетически могут способствовать уменьшению чувствительности нервных окончаний головки полового члена, приобретению способности контролировать уровень сексуального возбуждения, снижая его путем переключения внимания с помощью мыслей и представлений, не имеющих никакого отношения к интимной близости, из прошлого, настоящего и планируемого будущего, а также с помощью внушений, направленных на*

возможность переносить высокий уровень сексуального возбуждения. Мы обычно используем следующую суггестию:

«Уменьшается чувствительность нервных окончаний головки полового члена... Поэтому во время движений члена во влагалище испытываете приятные, но несколько притупленные ощущения... По этой причине половое возбуждение нарастает медленно, постепенно, медленно, постепенно, и потребуются гораздо больше времени для того, чтобы наступило семяизвержение... Отныне половое возбуждение при фрикциях не является чем-то неминуемо ведущим к сексуальной разрядке... Теперь не половое возбуждение управляет вами, а вы приобретаете способность управлять им... При необходимости увеличить продолжительность полового акта, вы по собственному желанию сможете очень легко переходить в другую психическую реальность, переключаясь на мысли и представления из прошлого, настоящего и планируемого будущего, которые не имеют никакого отношения к интимной близости... При этом половое возбуждение будет либо оставаться на достигнутом уровне, либо снижаться, но при этом будет сохраняться полное и устойчивое напряжение полового члена... В этой иной реальности вы сможете находиться столько, сколько захотите... Когда в определенный момент вы примите решение о необходимости интенсификации уровня сексуального возбуждения, вы вновь вернетесь в психическую реальность интимной близости... При желании опять остановить нарастание уровня сексуального возбуждения, вы снова совершенно легко и свободно выйдете в другую психическую реальность, не относящуюся к интимной близости... Такие переключения вы сможете совершать столько раз, сколько захотите, что позволит вам контролировать уровень сексуального возбуждения... Отныне вы также приобретаете способность выдерживать высокий уровень полового возбуждения без возникновения эякуляции... Итак, теперь благодаря уменьшению чувствительности нервных окончаний головки полового члена,

приобретению способности контролировать уровень сексуального возбуждения путем переключения внимания, а также благодаря способности переносить высокий уровень сексуального возбуждения без эякуляции, половой акт будет длиться долго, очень долго, так долго, как вы сами этого захотите...».

*При снижении либидо* мы рекомендуем следующие внушения:

«Голос партнерши (партнера), ее (его) вид, ее (его) прикосновения, ласки, поцелуи вам очень приятны... Присутствие партнерши (партнера) вызывает сильное желание обладания ею (им), потребность «слиться» в единое целое, желание раствориться друг в друге...».

*При снижении волюстических ощущений* (сладострастных ощущений, возникающих при фрикциях) необходима суггестия, направленная на повышение их интенсивности. В указанных целях мы предлагаем использовать следующую формулу: «Каждое движение члена во влагалище сопровождается очень приятными ощущениями, которые доставляют большое наслаждение...».

*В случаях аноргазмии у женщин и мужчин* необходимо с помощью лечебных самовнушений программировать неуклонный рост интенсивности полового возбуждения при фрикциях вплоть до наступления разрядки (оргазма), доставляющей чувство глубокого удовлетворения. Такую же аутосуггестию можно рекомендовать и *при увеличении продолжительности полового акта у мужчин* с добавлением указаний на быстрое нарастание интенсивности полового возбуждения.

*При фобической форме вагинизма* можно использовать следующую лечебную формулу: «Боязнь полового акта полностью покидает Вас, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости Вы совершенно спокойны... Живот напряжен... Приятное тепло охватывает влагалище... Мышцы влагалища и промежности расслаблены... Половой акт Вам приятен...».

На наш взгляд, использование суггестии при истерической форме вагинизма гораздо менее перспективно, так как если речь не идет о «застаревшем» истерическом симптомокомплексе, который уже лишен «психологического потенциала», то вагинизм продолжает оставаться условно приятным/желанным, представляющим собой средство коммуникации на так называемом протоязыке.

*При фобических диспареуниях (гениталгиях)* целесообразно использование внушений, направленных (так же как и при фобической форме вагинизма) на ликвидацию боязни с утверждением спокойного отношения к интимной близости, которая доставляет наслаждение. Следует проводить и суггестию, непосредственно программирующую безболезненное течение полового акта: «Боязнь полового акта полностью покидает Вас, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости Вы совершенно спокойны... Неприятные и болевые ощущения покидают Ваши половые органы... Интимная близость доставляет Вас большое наслаждение...».

В отношении эффективности использования суггестии при истерической форме диспареунии (гениталгии) наше мнение такое же, как и для истерической формы вагинизма.

В некоторых случаях сексуальные дисфункции являются симптомами, параллельными раздражительности, вспыльчивости, расстройствам сна, общей слабости, повышенной утомляемости и прочим проявлениям невротического или неврозоподобного астенического синдрома. В других – невротическая симптоматика осложняет сексуальные расстройства, отражая реакцию личности на заболевание. Когда обстоятельства складываются таким образом, возникает необходимость в коррекции названной несексуальной симптоматики, что само по себе может способствовать улучшению функциональных характеристик копулятивного цикла. В этих случаях также можно

прибегнуть к директивной ГСТ. Приведем примерные формулы внушений, которые могут оказаться полезными в этих случаях.

*При повышенной раздражительности* можно применять следующую аутосуггестию: «Отныне Вы спокойны и уравновешены... Спокойны и уравновешены всегда и везде... На работе, в семейном кругу, на отдыхе Вы всегда спокойны и уравновешены... Спокойствие и уравновешенность следуют за Вами повсюду... Спокойствие и уравновешенность становятся неотъемлемыми чертами Вашего характера...».

*В случае наличия собственно астенического компонента* больной может внушать себе следующее: «Укрепляется каждая Ваша нервная клеточка, укрепляется вся Ваша нервная система, укрепляется весь Ваш организм... Каждая клеточка Вашего тела во время лечебного сеанса накапливает энергию, запасается энергией... Энергия поступает в Ваш организм, наполняет его, переполняет его... Поэтому теперь Вы всегда бодры, свежи, энергичны...».

*При агрипнических расстройствах* эффективно применение следующей формулы: «Улучшается Ваш ночной сон, углубляется Ваш ночной сон, нормализуется Ваш ночной сон... Теперь один вид постели, прикосновение головы к подушке в вечернее время перед засыпанием вызывают у Вас дремотное состояние, чувство непреодолимой сонливости... Отныне засыпаете легко и быстро... Ваш ночной сон продолжительный и глубокий... Спите до самого утра, а утром после пробуждения чувствуете себя свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, у Вас хорошее, приподнятое настроение, которое сохраняется в течение всего дня...».

При проведении ГСП нередко прибегают к привязке ликвидации симптомов с изменениями в тех или иных зрительных построениях. Опишем одно из наших клинических наблюдений, где такая техника использовалась для ликвидации гомосексуальных фантазий.

Пациент Ф., 23 года, высшее филологическое образование, работает литературным и научным редактором в переводческой конторе, совместно проживает с женщиной 23 лет (официально не зарегистрированы) в течение 6 лет. У его партнерши высшее экономическое образование, она не работает. У него достаточно средств, чтобы содержать их обоих. «Я ее люблю, в целом отношения с ней хорошие, если возникают какие-то проблемы, то мы с ними справляемся. Я бисексуал. Я очень хочу решить эту проблему, избавиться от этого. В этом и заключается причина моего обращения к врачу. Девушка знает о моей проблеме. Ей и мне это не нравится. Мы живем с ней половой жизнью, она меня привлекает, желание есть. Бисексуальность проявляется в гомосексуальных фантазиях, но никогда в жизни не вступал в интимные отношения с лицами мужского пола. Даже не было с ними «взаимной мастурбации». В своих гомосексуальных фантазиях видит ласки, поцелуи, но до полового акта дело никогда не доходит. Речь идет о лицах мужского пола его возраста. В настоящее время гомоэротические фантазии имеют место несколько раз в неделю (иногда до 4). При целенаправленном расспросе отмечает, что они не носят навязчивого характера, и он может по собственному желанию останавливать их по команде «стоп». Гомосексуальные фантазии начали возникать примерно в 6-7 классе школы, т. е. в 13-14 лет. Отмечает, что половое влечение изначально возникло к девочкам, а спустя некоторое время к мальчикам. Анализ фаз копулятивного цикла при гетеросексуальных контактах свидетельствует об их полной сохранности. Частота половой жизни: в зимний период реже, а в летний бывает и по 3 раза в день, но это не значит, что ежедневно. Строгой регулярности нет, ориентируется только на свое желание. При половых актах с партнершей гомосексуальных фантазий не бывает. Соотношение гетеросексуального и гомосексуального либидо, по его мнению, составляет 70% к 30%. В настоящее время не мастурбирует.

Первое семяизвержение в 11-12 лет при эротическом сновидении. Мастурбацией начал заниматься с 12-13 лет. При мастурбации фантазийные сюжеты были сначала гетеросексуальными, а затем стали появляться и гомосексуальные. Отмечает, что гомосексуальных фантазии появились у него еще до просмотра порносайтов с гомосексуальными сюжетами. Соотношение гетеросексуальных и гомосексуальных фантазий при мастурбации после появления последних составляло 70% к 30%. До начала половой жизни мастурбировал 2-3 раза в неделю. В 6 классе ходил на танцы, был выраженным интерес к одной девочке, но встречаться с ней так и не начал. Выраженная потребность в ласках и поцелуях возникла в 8-9 классе, но не реализовалась до 17 лет. Впервые начал целоваться и обниматься с одноклассницей, с которой сейчас проживает, на выпускном вечере после окончания 11 класса (тогда немного выпил). Тогда же возникло желание совершить половой акт. Отношения с этой девушкой начали завязываться к концу обучения в школе. Через полгода после выпускного вечера состоялся первый половой акт (в 18 лет). Максимальный экссесс – 3.

Родился в срок. Роды протекала нормально, без осложнений. При рождении его отцу было 40 лет, а матери 33 года. Они были здоровы. Родители не были пьющими. Воспитанием главным образом занималась мать. Отец в основном был на работе. С ним у него были плохие отношения (у отца был непростой характер), но он не бил сына. Лидером в семье был отец. С самого детства общался и дружил только с девочками: строили города, какое-то время игрался в куклы, с подружкой, допустим, на улице «копали квартиру» и обставляли ее. С мальчиками начал дружить с 5 класса (появился товарищ).

Физически и умственно развивался нормально. Физкультура хорошо давалась, если чем-то занимался, то все получалось. Хорошо удавался бег на короткие дистанции. Вместе с этим отмечает, что в футбол и хоккей никогда не играл. В волейбол понравилось играть, когда учился в институте. Вообще, с его слов, не был спортивным. В детстве был

полноват. Окончил школу с Золотой медалью, а после окончания университета получил диплом с отличием. Лучше всего из предметов в школе давались русский язык, литература и биология. В детстве хотел быть учителем (отец и мать отца были учителями). С 10 класса школы появилось желание стать журналистом, но «пошел в филологи», потому что отменили набор в журналистику. До этого довольно долго занимался в кружке живописи, и у него были хорошие результаты.

В детстве хронических и серьезных заболеваний не было. В 4 года был оперирован по поводу левостороннего крипторхизма (левое яичко опустили в мошонку). Эпидемическим паротитом не болел. Не курит. Алкоголь в последнее время употребляет только по большим праздникам (сейчас нет еще компании). В другом городе, из которого он переехал полгода назад в Харьков, была компания, и тогда употреблял алкоголь не только по праздникам, но и когда собирались с товарищами примерно 1 раз в неделю, но вовсе не обязательно, что в этих случаях всегда употребляли алкогольные напитки. Пьет вино и шампанское. Водку и другие крепкие напитки не употребляет. Не напивался, помнит, что только 1 раз после выпитого его мучило. Наркотики не употребляет.

Характеризует себя следующим образом: не был драчливым и агрессивным. Практически никогда не дрался. Характерно стремление к бесконфликтности и собственному комфорту: «чаще всего готов пойти навстречу человеку, раньше было, что даже в ущерб себе. Потом я научился говорить «нет», но до сих пор стремление пойти навстречу человеку осталось. Я довольно мягкий, спокойный, недостаточно жесткий. Во многом не могу настоять на своем. В отношениях со своей девушкой, во всяком случае на первых порах, она брала инициативу в свои руки. Сейчас это имеет место уже в меньшей степени, так как мы «притерлись» друг к другу и в основном находим консенсус. Если в какой-то ситуации я не чувствую себя уверенным на сто процентов, то мне сложно, и я не решаюсь настаивать на своей точке зрения. По восприятию внешних воздействий

нахожусь посередине» (оценил себя так после того, как я охарактеризовал ему триаду возможных реакций на происходящее: непробиваемый человек; человек, который все очень близко принимает к сердцу; человек, который занимает среднее положение между двумя предыдущими людьми).

Объективно: рост 175 см. Вес колеблется от 70 до 75 кг (когда ест много, то 75 кг). Мужские пропорции тела, несколько сутуловатый. Имеет место определенная диспропорция между верхней частью тела и нижней с преобладанием нижней (мышцы бедер и голеней значительно больше развиты по сравнению с мышцами рук, верхняя часть тела и грудная клетка астеничны). На ногах по сравнению с руками значительно больше выражено оволосение. Верхняя граница оволосения на лобке приближается к горизонтали, однако есть выраженная дорожка к пупку, нижняя 1/3 которой, впрочем, отсутствует (есть только средняя и верхняя ее трети) В середине грудной клетки, в ее центральной части, есть немного волос. Потребность бриться возникает через день. Член нормальных размеров, головка оголяется полностью. Мошонка нормальной складчатости и пигментации. Правое яичко нормальных размеров, левое яичко значительно меньше правого. Придатки б/болезненны, не уплотнены. Есть шрам после операции по поводу левостороннего крипторхизма. В разговоре пациента обращает на себя внимание некоторая фемининность.

Психотерапевтическая коррекция направленности полового влечения этого пациента было начата 9 марта 2009 г. и завершена 20 апреля 2009 г. За это время было проведено 9 сеансов гипноза. Перед проведением первого сеанса была нарисована картинка, на которой изображалось, что недифференцированная по своей направленности сексуальная энергия поступает снизу через широкий вход в овальное образование, по форме напоминающее надутый воздушный шар. При этом значительно большая часть энергии попадает в находящееся с правой стороны пространство, в котором она приобретает

гетеросексуальную направленность, а меньшая ее часть через узкий проход, находящийся слева, попадает в находящееся слева узкое маленькое пространство (карман), где энергия приобретает гомосексуальную направленность. Было отмечено, что в этом кармане происходит образование гомосексуальных фантазий, а наша задача состоит в том, чтобы перекрыть этот узкий проход в гомосексуальный карман, лишив его поступления энергии. На первых пяти сеансах гипноза последовательность внушений была следующей. Вначале из гомосексуального кармана «откачивался» гомосексуальный фантазийный материал, затем порождающая его гомосексуальная энергия, а в заключение на основании этого кармана накладывалась лигатура из прочного материала, стягивание которой приводило к постепенной атрофии названного кармана, так как он лишался поступления энергии. При этом использовалась метафора с перевязыванием сосудов, что приводит к прекращению поступления с кровью питательных веществ и ведет к отмиранию тканей, а также метафора с прекращением кормления живого существа, которое в конце концов от этого погибает. Для того чтобы усилить отток гомосексуальной энергии из гомосексуального кармана, на его наружной поверхности делали надрез. На шестом гипнотическом сеансе делались внушения, направленные на удаление спавшегося, атрофированного, лишившегося энергетической подпитки гомосексуального карманчика. С этой целью визуализировалось его отрезание острыми прочными ножницами, которые могут резать даже металл, на 2-3 см выше места наложения лигатуры. Поднятием указательного пальца правой руки пациент подтвердил, что видел, как это произошло. Затем были сделаны внушения, направленные на закрепление достигнутых результатов: «Теперь это будет твое новое состояние, состояние надежного устойчивого однонаправленного гетеросексуального влечения». Затем мы внушили пациенту, что материал, использованный нами при ушивании гомосексуального карманчика, подобен используемому в хирургии кетгуту, который сам постепенно рассосется. На восьмом

сеансе гипноза делались внушения, направленные на рассасывание остатков гомосексуального кармана (его 2-3 см, расположенных выше места наложения лигатуры). Внимание фиксировалось на том, что лигатура, полностью перекрывающая поступление сексуальной энергии в остатки гомосексуального кармана, уже наполовину растворилась в прилежащих, фиксируемых ею тканях и прочно спаяна с ними. В конце сеанса пациенту внушали необратимость достигнутых результатов и невозможность рецидивов. Поднятием указательного пальца правой руки он подтвердил, что над лигатурой больше не осталось никаких остатков гомосексуального кармана. Девятый сеанс гипноза был направлен на полное рассасывание уже полурассосавшейся лигатуры, а также укрепление при этом спаянной с нею ткани, что навсегда сделает невозможным проникновение энергии в этой зоне. Поднятием указательного пальца правой руки пациент подтвердил, что наши внушения полностью визуализировались. В заключение была сделана суггестия, что возврат к прошлому невозможен, и что пациент абсолютно здоровый человек.

Следует отметить, что перед каждым сеансом гипносуггестивной терапии пациента просили визуализировать свое состояние в соответствии с нарисованной нами перед проведением первого сеанса схемой, и это ему хорошо удавалось. Во время гипнотических сеансов он также четко видел происходящие в этой схеме изменения, которые следовали за сделанными нами внушениями.

Динамика беспокоящих пациента в состоянии бодрствования гомосексуальных фантазий была следующей. Они исчезли уже после первого сеанса гипноза. Второй сеанс гипноза был проведен через неделю после первого. В течение этой недели половой жизнью не жил, так как вынужден был уехать в другой город, а его партнерши с ним не было. Указал, что четко ощущал защитный блок, делающий невозможным появление гомосексуальных фантазий. Этот блок был прочным в течение четырех дней, а затем начал ослабевать. Спустя 5 дней после первого гипнотического сеанса пациенту

приснился сон, в котором он видел гомосексуальные ласки и поцелуи без совершения полового акта. Эти гомосексуальные переживания были такими же яркими и сильными, как и раньше при фантазиях. После второго сеанса гипноза ни разу не возникли как гомосексуальные фантазии, которые не отмечались уже и после первого его сеанса, так и гомоэротические сновидения.

***Недирективное ГСП.*** Программирование можно проводить не только директивно, но и недирективно. В литературе по эриксоновскому гипнозу и нейролингвистическому программированию можно найти различные рекомендации по недирективному погружению в гипнотический транс и осуществлению внушений, избегая прямых команд, направленных на достижение тех или иных результатов. С этой целью, в частности, используются и метафоры, которые помогают избежать контроль сознания за подаваемой информацией. Это позволяет скрыть намерение терапевта. Следовательно, метафоры играют роль психологических субстратов, оказывающих воздействие на бессознательное пациента, которому преподносят необходимые идеи, пробуждающие его ресурсы, что и определяет возникновение ожидаемых терапевтических изменений.

При лечении больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи в гипнотическом состоянии может быть применена следующая, предложенная нами, терапевтическая метафора [3, с. 323–324]:

«Один пианист всегда успешно выступал с концертами. На них он настолько был увлечен музыкой и погружен в нее, что все, происходившее с его руками, даже при выполнении самых сложных пассажей, оставалось вне поля его внимания. Однажды по какой-то причине он сбился при выполнении пассажа, который до этого выполнял многократно и успешно. С тех пор любая попытка выступить в очередном концерте заканчивалась неудачей, так как, дойдя при выступлении до необходимости исполнить пассаж, о котором идет речь, он вновь сбивался. Вскоре из-за этого ему вовсе пришлось

оставить всякие попытки выступления в концертах перед аудиторией. Вместе с тем, когда он сам играл дома на фортепьяно, злосчастный пассаж выполнялся без всяких затруднений. Этого, однако, было для него крайне недостаточно. Он очень скучал о публике и о концертах, от которых получал большое наслаждение и удовлетворение. Однажды после успешного исполнения пассажа (когда он находился сам) поймал себя на мысли, что причиной успеха является «включенность» в музыку, погружение в нее и растворение в ней. Его желание вновь выступать с концертами было очень сильным, более сильным, чем раньше, так как оно подогревалось его неучастием в них. Огромное желание вновь ощутить аудиторию, слиться с ней, испытать наслаждение от выступления привело к тому, что когда ему в очередной раз предложили выступить перед аудиторией, то он не смог устоять. В день концерта находился на большом эмоциональном подъеме, а когда вышел на сцену, то был настолько погружен в сладостные переживания полного растворения в музыке и эмоционального единения со слушателями, что «проскочил» (исполнил) злосчастный пассаж, даже не заметив этого. Только когда его выступление закончилось и зрители устроили ему стоя овации, осознал, что же произошло с ним на самом деле. После этого он часто выступал с концертами, и все они проходили весьма успешно».

Приведем пример использования терапевтической метафоры, которая с успехом была использована Л. Кэмерон-Бэндлер [4, с. 249–252] для устранения преждевременного семяизвержения:

«Несколько лет назад на одном семинаре юноша по имени Аллен просил помочь ему в личной проблеме. Хотя я сказала ему, что семинар – это не место для личных консультаций, его настойчивая просьба заставила меня уделить ему несколько минут. Его проблема состояла в преждевременной эякуляции. Он страдал от этого в течение нескольких лет и за помощью раньше не обращался. Но теперь он по-настоящему

полюбил, и ему было очень важно быть хорошим любовником для этой женщины. Благодаря тому, что я успела увидеть сознательное и бессознательное поведение Аллена на семинаре, и в связи с тем, что темой семинара была терапевтическая метафора, я решила использовать этот прием для скрытого вмешательства в его случай.

Что касается его сознания, я просто постаралась утешить его, сказав, что мало что можно сделать с преждевременной эякуляцией. Я предложила переформировать поведение по отношению к этой новой в его жизни женщине, говоря ему, что она, по видимому, была настолько возбуждающей для него, что он просто не мог управлять собой, что его преждевременная эякуляция была лишь реакцией на ее сексуальные достоинства. Аллен был ошеломлен этим предложением, но вежливо принял его и даже начал представлять себе, как он будет формулировать свои замечания после коитуса.

В течение занятия я вызвала у Аллена состояние легкого транса и рассказала ему несколько историй, которые все были сконструированы так, чтобы вызвать специфическую реакцию. Я приведу одну из них, которая может служить примером. Я уверена, что реакция, на которую я рассчитывала, будет очевидной для читателя, хотя она была не вполне понятной для слушателей семинара. Большинство сочло ее индукцией транса, направленной на достижение глубокого состояния.

«Есть много путей, ведущих во многие места. У человека, который тяжело работал целый год, есть всего лишь двухнедельный отпуск. Короткие две недели, в которые он должен вместить все удовольствия за год. Что за расстройство, впихивать удовольствия за целый год в две недели! Часто он находил места, в которые можно было поехать, чтобы провести там отпуск. Он находил их на карте и выбирал самый короткий путь, которым можно было добраться туда, искал всякие сокращения дороги, так ему хотелось поскорее туда добраться. И все это было бы прекрасно. Но так он провел всю свою жизнь – в решениях, куда он собирается, выбирая самый короткий путь туда... Что сказать о

непредвиденных приключениях и возможных удовольствиях, которых он не замечал, постоянно стремясь к назначенной цели? А сам он, выбрав путь назначения, год за годом пользовался одним и тем же, самым коротким путем. И так длилось до некоторых пор.

На этот раз его приятель собирался в то же место, Большой каньон. Туда они и направились вместе. Но машину вел его друг. И он спешил туда добраться. У него даже не было дорожной карты, но тем не менее он был вполне уверен, что попадет туда, куда ему хочется, и потратит на это столько времени, сколько ему понадобится. Сначала наш герой проявлял нетерпение. Но затем он стал весьма заинтригованным, что же может предложить этот странный способ путешествия. Потому что они делали то, что привлекало их в данный момент. Они отклонялись в сторону, когда их что-то удивляло или интересовало, и получали удовольствие от того, что они находили.

И чем ближе они подъезжали к Большому каньону, тем становилось менее важным, куда они направляются. Иногда дорога в сторону казалась нашему герою настолько привлекательной, что он не хотел с нее уходить. Его приятель побуждал его к продолжению путешествия, лишь напоминая ему: «Ты сможешь вернуться в любимые места вновь и вновь. И ты можешь уехать, зная, что ты сможешь вернуться, когда тебе захочется». Лишь тогда наш герой соглашался ехать дальше. Оба были так поглощены каждым моментом своего путешествия, что их приезд к цели стал неожиданным новым удовольствием.

Его приятель нарисовал на мягкой земле дорогу, по которой они приехали: «Ты можешь приехать по этой дороге, а можешь по той. Доехать сюда можно столькими путями, сколько можно получить удовольствий. Все они приведут тебя сюда. Одни быстрее, другие медленнее. Это не важно. Важно только быть там, где ты есть, когда ты там, а не там, куда ты направляешься, прежде чем ты там оказался. Когда ты там, где ты есть, ничто не будет упущено».

И с тех пор, год за годом, наш герой со своим другом путешествовали в места известные и неизвестные, и они делали это легко и с большим удовольствием.

Метафора оказалась эффективной в изменении сексуального поведения Аллена. Потом он рассказал, что у него в последующие несколько недель не было трудностей с преждевременной эякуляцией. Благодаря этой метафоре изменилась также его манера учиться, так что вместо использования методов, которые были ему хорошо знакомы, он начал исследовать различные аспекты процесса, над которым мы работали на семинаре. По мере того, как он это делал, возрастало его удовлетворение и творческое отношение к делу.

Аллен никогда не узнал сознательно, что подвергся терапии. Когда мы встретились в следующий раз, он самодовольно сказал, что нет нужды беспокоиться, он нашел другие способы справиться с проблемой. Я ответила, что вполне ему верю. Он остановился, поглядел на меня уголком глаза, начал говорить что-то, потом остановил себя, пожал плечами, сказав: «Кажется, что вы это хорошо знаете».

**Гипносуггестивное моделирование.** Этот метод лечения заключается в вызывании у пациентов тех психофизиологических реакций, которые обычно возникают при полноценном естественном протекании полового акта. Он более сложен, чем гипносуггестивное программирование, и требует знаний по психофизиологии полового акта и подробного ознакомления с особенностями реакций пациента во время полового сношения до начала заболевания [4]. Лечение проводится в виде индивидуальных сеансов, более продолжительных, чем при гипносуггестивном программировании. Помимо этого, при проведении моделирования врач сталкивается и с трудностями этического порядка.

Приведем ряд описаний успешного применения гипносуггестивного моделирования при сексуальных расстройствах у женщин.

Richardson (1964) сообщает о выздоровлении 72 из 76 женщин, леченных гипнозом по поводу «сексуальной недостаточности». В случаях аноргазмии пациентке внушались соответствующие галлюцинации: она видела своего мужа, совершала с ним половое сношение. При этом отмечались различные реакции женщин на сексуальную стимуляцию. С помощью суггестии они контролировались вплоть до наступления оргазма [по 2].

Интересные данные приводит Kratochvil (1969), который рассматривает возможности применения гипнотерапии при лечении женщин, страдающих снижением либидо и аноргазмией. На основе лечения 5 женщин автор делает вывод о том, что сношение и оргазм в гипнозе могут представлять собой либо галлюцинации, либо разыгрывание роли. Поведение при этом может быть различным. Иногда оно напоминает поведение перед сношением и во время него: пациентка разговаривает с мужем, совершает соответствующие движения руками и телом, в том числе раздвигает бедра, двигает тазом. В других случаях женщина остается неподвижной, и только слова, обращенные к супругу, свидетельствуют о ее сексуальных переживаниях. В ряде случаев не отмечалось никаких физиологических реакций, но переживания, обусловленные внушением, все же имели место, что подтверждалось ретроспективно. Глубина гипнотического состояния пациенток была различной. Одна из них находилась в сомнамбулической стадии и амнезировала свои переживания. Другая описывала сношение, пережитое в гипнозе, как приятный сон. Три остальные женщины вполне осознавали то, что с ними происходило. Автор указывает, что для проведения этого вида терапии сомнамбулическая стадия является предпочтительной, хотя, по его мнению, и средняя глубина гипноза может давать хорошие результаты. Он отмечает, что потребность в суггестии была у пациенток различной. Если в одних случаях достаточными были обобщенные внушения, то в других возникала необходимость описывать подробности ситуации и нарастание сексуального возбуждения [по 2].

Нами [5] для лечения аноргазмии у женщин, наряду с гипносуггестивным программированием, применяется и гипносуггестивное моделирование. В ряде случаев возможности обоих методов сочетаются, что дает лучший эффект. Сеансы моделирования или его сочетания с программированием обычно предваряются тщательным расспросом с целью получения сведений об индивидуально-специфических эrogenных зонах пациентки, характеристике адекватных ласк (интенсивность, ритм и последовательность воздействий), диапазоне приемлемости, темпе нарастания сексуального возбуждения в предварительном и основном периодах полового акта и т. п. Все это делается для того, чтобы вербальные воздействия, заменяющие реальные сексуальные побудительные стимулы, в наибольшей мере соответствовали потребностям женщины.

Лечебный сеанс при проведении сочетанной методики (программирование + моделирование) имеет следующую структуру: гипнотизация – гипносуггестивное программирование – гипносуггестивное моделирование – дегипнотизация. В начале при моделировании пациентке внушают, что она находится в обстановке интимного сближения, видит партнера, а его голос, ласки, поцелуи, весь внешний облик доставляют ей большое удовольствие. Затем указывают, что возникает выраженная потребность слиться с партнером в единое целое, чему предшествует суггестия lubricации и нарастания возбуждения. После перехода к основному периоду внушается возникновение свойственных данной пациентке реакций. В ряде случаев мы наблюдаем тазовые движения, являющиеся объективным свидетельством вовлеченности женщины в процесс моделируемого полового акта. С целью контроля уровня полового возбуждения используется индикация с помощью указательных пальцев обеих рук пациентки. При готовности женщины к переживанию оргазма она по просьбе врача поднимает указательный палец правой руки, а при необходимости интенсификации возбуждения – левой. Опрос больной о пережитом во время моделирования, в том числе об адекватности

суггестивной стимуляции, позволяет вносить коррективы в сценарий последующих гипнотических сеансов и достигать при их проведении более полной реализации внушений, вплоть до оргастических переживаний. При применении нами описанной техники, включенной в систему лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий, у страдающих психогенной формой аноргазмии пациенток с хорошей гипнабельностью были получены положительные результаты.

Следует отметить, что, помимо использования указательных пальцев для поддержания обратной связи при моделировании, мы также ведем словесный диалог с пациентом, если предварительно убеждаемся в том, что это не выведет его из гипнотического состояния.

Технику гипносуггестивного моделирования мы также применяем при психогенном вагинизме и диспареунии, различных психогенных сексуальных дисфункциях у мужчин, нарушениях сексуальной ориентации по полу объекта влечения.

В основе терапевтического действия гипносуггестивного моделирования, по нашему мнению, лежит функциональный тренинг многоуровневого аппарата сексуального обеспечения, связанный с восстановлением стершихся энграмм и устранением психогенных задержек. Значимость данной техники определяется еще и тем, что в данном случае приобретает позитивный опыт, хотя и воображаемый.

Интерес представляет следующее наше клиническое наблюдение, которое демонстрирует возможности использования гипносуггестивного программирования в сочетании с гипносуггестивным моделированием в коррекции направленности полового влечения.

Пациент Г., 23 лет, обратившийся к нам за сексологической помощью, в своих заметках, которые он любезно предоставил нам, писал следующее:

«Обратился за квалифицированной помощью психотерапевта с целью коррекции половой ориентации. До обращения к специалисту не имел никакого сексуального опыта.

В процентном отношении половая ориентация имела следующую структуру: на 70% – гомосексуальная, на 30% – гетеросексуальная, хотя к сексуальным отношениям между мужчинами относился и отношусь с отвращением, и сам бы не смог и не хотел иметь таких контактов. Интерес к мужчинам заключался в приятии гармонично развитого красивого мужского тела, мастурбацией с использованием изображений этого тела. Хотя картинки с красивым женским телом тоже возбуждали, и я получал удовлетворение при онанизме с их использованием, но это было реже, чем при мастурбации с привлечением картинок с мужским телом. Интерес вызывают только изображения сексуальных контактов мужчин с женщинами, но при этом большее внимание уделяю образу мужчины.

Для коррекции либидо мне предложили гипнотические сеансы. На *первом сеансе* были проведены внушения под гипнозом, направленные на блокирование либидо к мужчине и его усиления к женщине. Погружение в гипнотическое состояние не было глубоким. При полном расслаблении всех частей тела ощущалось подергивание глазных яблок и век. Все органы были очень тяжелы, складывалось впечатление, что тело глубоко зарыто в песок. После этого сеанса я стал обращать внимание на обнаженное женское тело на полиграфической продукции в большей степени, чем прежде. Не обращать внимание на мужское тело стало намного легче, чем прежде.

Содержание *второго сеанса* было аналогично первому. Погружение в гипноз было более быстрым и более глубоким. В отличие от первого раза, состояние покоя было абсолютным, никаких подергиваний век и глазных яблок не было. Вначале ощущал, что тело сильно «вдавилось» в диван, а затем стало мерно покачиваться. Голос врача был слышен сначала откуда-то сверху, а затем откуда-то снизу. После этого сеанса по сравнению с предыдущим значительно усилился интерес к красивому женскому телу. При занятии онанизмом картинки с женским телом вытеснили картинки с мужским телом. Теперь не требовалось усилий, чтобы не получать удовольствие, когда смотрел на

картинки с мужским телом. Стали сильно привлекать большие женские груди. При занятии онанизмом представлял, что провожу половой акт с женщиной, что доставляло удовольствие.

На *третьем сеансе* к программированию было добавлено моделирование. Погружение в гипноз было быстрым и легким. После внушений в моем воображении была вызвана картина интимной близости с женщиной. Некоторое время я проводил воображаемый половой акт, который доставил мне удовольствие. После сеанса воспоминания об этом половом акте доставляли наслаждение. Теперь при онанизме возникали только картины моих сексуальных контактов с женщиной.

Сценарий *четвертого сеанса* повторял сценарий предыдущего. В гипнотическое состояние вводило даже воспоминание о предыдущих сеансах. Моделировалась та же ситуация. Вызвать нужный образ было гораздо легче. Ощущения были гораздо ярче. Моделируемый половой акт доставил удовольствие и вызвал желание совершить его реально. В процентном отношении половая ориентация приобрела следующую структуру: 65–70% – гетеросексуальная, 30–35% – гомосексуальная».

К моделированию в гипнотическом состоянии относится и используемая нами техника, направленная на частичное «изменение биографии», которая обладает выраженным терапевтическим эффектом [5]. Ее следует применять для уменьшения психотравмирующего влияния перенесенных ранее психических травм, а также ослабления наработанных патологических поведенческих и эмоциональных стереотипов. К нам за лечебной помощью обратилась 38-летняя женщина, которая в 16 лет была изнасилована и избита в лесу, что имело выраженные негативные последствия для ее сексуального здоровья. Перед тем как очутиться в лесу, за ней на мотоцикле приехал ее парень, который со своими приятелями участвовал во всем этом действе. Под влиянием суггестии пациентка в гипнотическом состоянии пережила события, альтернативные

изнасилованию и тому, что непосредственно было связано с ним. Мы внушили ей (и она видела этот сюжет), что еще перед тем, как инициатор изнасилования (парень, с которым она встречалась) приехал к ней на мотоцикле, начала терять к нему интерес, при его ласках и поцелуях ничего приятного не чувствовала. Когда же он приехал на мотоцикле, чтобы повезти ее в лес, она сказала, что занята. Сослалась на то, что мать поручила ей какую-то работу по дому, которую она должна выполнить. С ним ей вовсе не хотелось больше встречаться. Кроме того, в соответствии с проводимыми внушениями, когда они разговаривали с этим парнем, вышла мать и напомнила ей о своем поручении. Кроме того, пациентка своим поведением дала ему понять, что не хочет с ним встречаться. Он уехал и потом к ней больше не приезжал. Только несколько раз видела его издалека, хотя они и жили в одном поселке. Непосредственно после проведения этой техники отметила, что к факту изнасилования стала относиться значительно спокойнее [5].

*Гипнокатарсис.* Метод разработан Й. Брейером (под названием «катарсис») в конце XIX в. С его помощью удавалось устранять симптомы следующим образом. Больного в состоянии гипноза заставляли перенестись в ту ситуацию, в которой у него впервые появился болезненный симптом. При этом у пациента возникали воспоминания, мысли и импульсы, выпадавшие до этого из его сознания. Когда больной при появлении аффекта сообщал врачу об этих душевных переживаниях, то симптом ликвидировался безвозвратно. Й. Брейер и З. Фрейд объяснили этот факт тем, что симптом представляет собой как бы замену подавленных и недостижных сознания психических процессов, т. е. является результатом их превращения (конверсии). Терапевтическое влияние этого метода указанные авторы объяснили изживанием ущемленного аффекта, связанного с подавленными душевными актами («отреагирование»). Нами гипнокатартический метод и его терапевтический механизм описываются следующим образом: «Пациента в гипнотическом состоянии проводят через ранее пережитую им травмирующую ситуацию

(наводнение, землетрясение, пожар, изнасилование и др.). В основе терапевтического эффекта лежит, как предполагается, освобождение от патогенной неотрагированной энергии, которая питает невротические симптомы» [1, с. 45]. Этот метод проводится индивидуально. Одной пациентке, которая была изнасилована и избита, мы провели три сеанса гипнокатарсиса. Во время первого сеанса, когда она вновь пережила ситуацию изнасилования, наблюдался фейерверк самых разнообразных движений, во время второго – их амплитуда и разнообразие значительно поубавились, а во время третьего сеанса отмечались лишь движения пальцев рук небольшой амплитуды.

### *Перемещение по шкале времени*

#### *Регрессия*

*Возрастная регрессия* заключается в том, что пациент видит себя в более раннем возрасте вплоть до самого раннего детства. При этом могут быть обнаружены причины, которые лежат в основе существующих в настоящее время проблем и расстройств, что является существенным подспорьем как для диагностики, так и для построения адекватной терапевтической программы. Кроме того, само по себе осознание причины проблемного или болезненного состояния может обладать мощным саногенным эффектом.

*Регрессивный гипноз.* Регрессивный гипноз применяется в медицине, в частности, для лечения ряда пограничных психических расстройств. Он базируется на концепции реинкарнации (повторного рождения), которая является одним из базовых положений в ряде религий и философских систем. К регрессивному гипнозу рекомендуют прибегать, в частности, когда нельзя найти причин, объясняющих происхождение существующих заболеваний и проблем в «нынешнем воплощении». С научной точки зрения для объяснения терапевтического эффекта регрессивного гипноза полезным может быть представление, согласно которому психика человека, погруженного под гипнозом в

«предыдущие жизни», создает сюжеты-метафоры. Пережив происходящие в них события и проработав их, пациент решает проблемы, лежащие, например, в основе его психических расстройств. Данная терапия может быть использована и для коррекции сексуальных проблем.

Нами регрессивный гипноз был применен [3] с целью коррекции полового влечения 28-летней незамужней женщины, которая испытывала его по отношению к представителям противоположного пола в возрасте от 13 до 18 лет (клинический архив 1999–2005 гг.). Это влечение реализовалось, в том числе и при половых контактах. При этом очень важным было то, чтобы «малолетки» были девственниками. Из-за названного влечения в течение 5 лет специально ездила в детские оздоровительные лагеря, где работала воспитательницей. Помимо этого, пациентка сообщила, что мужчины, которые старше ее по возрасту, а также с кавказской и сходной с ней внешностью, вызывают у нее беспокойство. К этому добавила, что исходящие от мужчин старшего возраста неприятные запахи нередко вызывают у нее отвращение. Также отмечает, что ее мастурбация (кол-во мастурбаторных актов может достигать до 5–6 раз в день) сопряжена с необычным сексуальным фантазированием: видит себя женщиной-завоевательницей, например, в Греции прошлых веков, от которой зависит жизнь какого-нибудь парня, который гораздо моложе ее (его возраст находится в указанном выше возрастном диапазоне). Спасая его, она как бы получает определенные моральные права и вступает с ним в сексуальную связь, нисколько не интересуясь его согласием. В связи с этим подчеркивает, что данные фантазии окрашены жаждой сексуального насилия, которое проявляется в «культурных формах».

При проведении регрессивного гипноза прожила 2 «предыдущих существования». В первом из них («жила» в какой-то восточной стране в XIX или XVIII веке) была дважды изнасилована в возрасте 8 лет. В этом же «воплощении» увидела себя проституткой.

Тогда вынуждена была вступать в половую связь с мужчинами, которые обычно были старше ее, в том числе и намного. «Вспоминает», что от одного из них, «толстого», исходил очень неприятный запах и тут же отмечает, что иногда ощущает подобные запахи, исходящие от мужчин, которые старше ее по возрасту, в этой жизни. Воспринимает их крайне негативно. Назревающие неприятности, обусловленные тем, что она далеко не всегда вела себя соответственно занимаемому положению (в частности, могла отказать в сексуальных контактах мужчинам, которым нельзя было отказывать), побудили ее бросить свою работу (занималась этим ремеслом с 19 лет до 21 г.) и сбежать из населенного пункта, в котором она жила.

В «воплощении», предшествующем предыдущему, увидела себя представителем мужского пола в какой-то средиземноморской стране («Испания, Греция, а может быть, Италия») в конце античного периода. В том «воплощении» уже с 16 лет имела место бурная половая жизнь, которая не была сопряжена с каким-либо сексуальным насилием. В 19-летнем возрасте увидела себя воином, который по мере передвижения войск во время военных действий имел половые связи с различными женщинами по взаимному согласию или «добровольно принудительно» (речь, естественно, идет о принуждении со стороны воина). Затем, однако, в возрасте 21 года этот воин впервые изнасиловал понравившуюся ему девушку, так как она сопротивлялась (несмотря на его изначально миролюбивое поведение), чего раньше не случалось. После произошедшего события каждый половой акт был сопряжен с насилием. При этом, в отличие от тех воинов, которые также прибегали к нему (насилию), каждое изнасилование осуществлял с особой жестокостью. Такая сексуальная практика носила постоянный характер и осуществлялась с большой частотой, т. е. была «чем-то типа мании».

В результате применения регрессивного гипноза, при проведении которого пациентке не делалось каких-либо внушений, направленных на ликвидацию беспокоящих ее

проявлений, наступили следующие стойкие изменения (некоторые сразу, а некоторые спустя определенный промежуток времени):

1. Полностью пропал сексуальный интерес к «малолеткам».
2. Нивелировалось отрицательное отношение к мужчинам, которые старше ее по возрасту, а также к мужчинам с кавказской и схожей с ней внешностью.
3. Неприятные запахи, которые иногда исходят от мужчин старшего возраста, не оказывают такого как раньше резкого негативного воздействия.
4. Значительно уменьшилась частота мастурбации, а кроме того, исчезли сопровождающие ее фантазии, в которых видела себя женщиной-покорительницей во время военных походов, совершающей половые акты с «малолетками», согласием которых она не интересовалась, так как получала на это моральное право, спасая их.

Наблюдение за больной в течение 5,5 лет после проведенного лечения свидетельствовало о стойкости полученных результатов. Более того, важно указать, что значительную часть этого времени пациентка находилась в постоянных интимных отношениях с мужчиной, который был на 16 лет старше ее.

Нетрудно заметить, что в построенных психикой сюжетах (увиденных и пережитых событиях «прошлых воплощений») отразились «источники» беспокоивших пациентку психосексуальных проблем. Пройдя через переживания, связанные с этими сюжетами, женщина освободилась от данных проблем.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что регрессивный гипноз может в ряде случаев с успехом использоваться в лечебной работе, о чем, в частности, свидетельствуют вышеприведенные случаи из нашей клинической практики, а также наблюдения других терапевтов. Для применения данного метода врачу вовсе не обязательно верить в возможность реинкарнаций. Достаточно понимать, что сюжеты, создаваемые психикой при проведении регрессивного гипноза, неслучайны, несут некую

смысловую и эмоциональную нагрузку, а своеобразный катартический эффект, достигаемый при данной терапии, способен оказать глубокое санирующее воздействие.

Психотерапевты, использующие для лечения регрессивный гипноз, считают, что верить в существование прошлых жизней вовсе не обязательно. Они просто верят в то, что переживает пациент. Следует особо подчеркнуть, что даже те из них, кто верит в концепцию реинкарнации, придерживаются мнения, что далеко не все пережитые во время регрессивного гипноза «прошлые жизни» являются таковыми на самом деле. Необходимо отметить, что возникающие сюжеты могут не только метафорически выражать существующие у данного индивида проблемы, а также то, как он видит самого себя. Они могут быть результатом вспоминания забытого материала имевших ранее место впечатлений (из прочитанных книг, увиденных фильмов, реальных эпизодов прошлой жизни и даже мечтаний). Речь может идти и о различных сочетаниях забытого. Так, например, человек, находящийся в подавленном состоянии из-за развода, в регрессии может комбинировать сцены из неудачной семейной жизни с эпизодами из прочитанных в детстве книг, а потом описывать свою регрессию в «прошлую жизнь», в которой он был рабыней плантатора [6].

Проникая в глубины подсознания, регрессии очень быстро находят суть эмоциональных проблем, открывают новый подход к душевному конфликту, могут в иносказательной форме повествовать о жизненных проблемах пациента. Также они позволяют людям вживаться в другие роли, узнавать незнакомые ощущения и способы существования, изучать какими они могли бы быть, кроме того, каковыми они являются, не вызывая последствий [6].

Следует задуматься о том, что переживаемые сюжеты, по-видимому, неслучайны и нуждаются в осмыслении. Непреложным для психотерапии следует считать следующее правило: «Истина – то, что выгодно». Если тот или иной метод является эффективным,

его стоит применять, даже если терапевту не импонирует объясняющая или пытающаяся объяснить его научная концепция.

*Возрастная прогрессия.* Пациента, находящегося в трансе, просят заглянуть в будущее, что может произвести позитивный эффект. Так, человека, злоупотребляющего алкоголем, у которого имеет место вызванное этим сексуальное расстройство, можно попросить представить, что случится с его потенцией, если он будет продолжать в том же духе в течение последующих десяти лет. Затем ему предлагают представить, что произойдет, если он, напротив, в течение следующих десяти лет злоупотреблять алкоголем не будет. Возрастная прогрессия может укрепить решимость пациентов отказаться от этого злоупотребления.

В заключение следует отметить, что гипносуггестивная терапия с учетом разнообразия ее средств обладает мощным терапевтическим потенциалом в лечении больных с различными сексуальными расстройствами.

### **Гіпносуггестивна терапія у сексологічній практиці: моделі інтервенцій**

***Кочарян Г. С.***

Виділено і охарактеризовано моделі гіпносуггестивної терапії: гіпносуггестивне програмування (директивне та недирективне), гіпносуггестивне моделювання, гіпнокатарсис, переміщення за шкалою часу (регресія: вікова регресія та регресивний гіпноз; вікова прогресія). Наведено їх використання для корекції різних сексуальних розладів. Зроблено висновок, що гіпносуггестивна терапія з урахуванням різноманітності її моделей і технік має потужний терапевтичний потенціал в лікуванні хворих з різними сексуальними порушеннями.

**Ключові слова:** *гіпносуггестивна терапія, моделі інтервенцій, сексуальні розлади.*

## **Hypnosuggestive therapy in the sexological practice: models of interventions**

*Kocharyan G. S.*

Models of hypnosuggestive therapy are isolated and characterized: hypnosuggestive programming (directive and non-directive), hypnosuggestive modeling, hypnocatharsis, moving on a time scale (regression: age regression and regressive hypnosis, age progression). Their use for the correction of various sexual disorders is presented. It is concluded that hypnosuggestive therapy in the diversity of its models and techniques has strong therapeutic potential in the treatment of patients with various sexual disorders.

**Key words:** *hypnosuggestive therapy, models of intervention, sexual disorders.*

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия (лекция) // Здоровье мужчины. – 2011. – №3 (38). – С. 42–50.
2. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
3. Кочарян Г. С. Современная сексология. – Киев: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
4. Кэмерон-Бэндлер Л. (Cameron-Bandler L.) С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях: Пер. с англ. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1993. – 256 с.
5. Кочарян Г. С. Гипносуггестивное моделирование в терапии женской половой холодности // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 426–427.
6. Кочарян Г. С. Сексуальная аверсия: современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2003. – №9. – С. 7–14.
7. Моуди Р. А. Жизнь до жизни. Жизнь после смерти / Пер. с англ. – К.: София, Ltd., 1994. – 352 с.

**Библиографические данные о статье:** Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия в сексологической практике: модели интервенций / Г. С. Кочарян // Здоровье мужчины. – 2013. – №2 (45). – С. 84–91.