

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Доморацкий Владимир Антонович доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Белорусского государственного университета, руководитель модальности «Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз» в ППЛ (Белоруссия, Минск).

Ключевые слова: психосоматические расстройства, конверсионные расстройства, психотерапия, гипноз, самогипноз, ДПДГ, телесный комфорт.

По данным ВОЗ до 40% всех амбулаторных пациентов являются психосоматическими больными. Психосоматика охватывает телесные недуги без определенного органического субстрата. К ней также может быть отнесена соматическая патология, в развитии которой психические процессы играют существенную роль. По мере течения психосоматических заболеваний удельный вес психогенного компонента в их патогенезе постепенно снижается за счет прогрессирования структурных (органических) нарушений.

Психосоматическое реагирование в своей непатологической форме проявляется *психосоматическими реакциями*, которые чаще возникают в напряженных жизненных ситуациях. К ним можно отнести – сердцебиение влюбленного, потеря аппетита при печали, головокружение после пережитого несчастного случая, т.е. сильные психологические переживания получают соматический ответ. Все эти симптомы быстротечны и обычно исчезают, если меняется вызвавшая их ситуация. Психосоматические реакции могут возникать у всех людей. Их предпосылкой не являются серьезные аномалии душевного развития [9].

Иное качество имеют психосоматические нарушения, которые чаще всего разделяют на следующие группы [1, 7, 8, 9]:

1) *Конверсионные расстройства* – невротический конфликт человека соматически перерабатывается и превращается в телесный симптом, который сам по себе символичен – истерические параличи, психогенные слепота, глухота, рвота или разнообразные боли. Здесь демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта или, по крайней мере, его смягчения.

2) *Функциональные психосоматозы (органные неврозы по Александру)*. Разнообразные нарушения в органах не имеют в основе структурных изменений, а рассматриваются как телесные проявления эмоциональных расстройств. Например, ком в горле связывают с внутренним беспокойством, затруднение дыхания – с депрессивными проявлениями, а чувство страха вызывает дискомфорт в области сердца.

3) *Органические психосоматозы (психосоматические заболевания)*. В их основе – телесные реакции в ответ на конфликтные переживания, затяжной эмоциональный дискомфорт с появлением патологических (органических) изменений в органах. Соответствующая предрасположенность индивида может влиять на выбор органа. Исторически к этой группе относят классические психосоматозы: бронхиальная астма, неспецифический язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ишемическая болезнь сердца.

Психологические факторы играют роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях. Но следует различать истинные психосоматозы, в возникновении которых решающая роль принадлежит пусковым психическим факторам. Поэтому и лечение должно быть направлено, прежде всего, на устранение и коррекцию этих факторов (психотерапия и психофармакотерапия). На остальные заболевания психические и поведенческие факторы также оказывают воздействие, меняя неспецифическую сопротивляемость организма, но при этом не являются их первопричиной.

Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний. Согласно одной из них, они являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психическими травмами. Другая теория связывает их появление с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний. Так, гипертоническую болезнь связывают с наличием конфликта между

высоким социальным контролем поведения и нереализованной потребностью индивида во власти. Нереализованная потребность вызывает агрессивность, проявить которую человек не может из-за социальных установок. Так, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки связывается с неприемлемой для самовосприятия потребностью в защите и покровительстве. Согласно третьей теории, неразрешимый конфликт мотивов — как и неустранимый стресс — порождает, в конечном счете, реакцию капитуляции и отказ от попыток что-либо изменить, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это проявляется в виде явной или маскированной депрессии. А поражение конкретных органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями развития. В отличие от неврозов, в основе которых также лежит интрапсихический конфликт, при психосоматозах происходит двойное вытеснение — не только неприемлемого для сознания мотива, но связанной с ним тревоги и всего спектра дезадаптивного поведения [7].

В литературе выделяют целый ряд источников эмоционально обусловленных страданий, которые необходимо выявлять и устранять в ходе психотерапии психосоматических пациентов [2, 5, 7, 8]. В обобщённом виде их можно представить следующим образом:

1. Внутренний конфликт — нечто на уровне тела раздирает человека на части. Это конфликт частей личности. Подавляя одну часть никогда не устраним заболевание. ПТ направлена на примирение частей. Например, при переедании можно выделить 2 различные части личности, которые формируют различные модели поведения. Одна часть как бы говорит: “Я хочу себя утешить вкусной едой, чтобы позабыть все неприятности”. Другая часть призывает: “Немедленно прекрати столько есть! Посмотри на кого ты похожа!” Обе части как две чаши весов, попеременно доминируют, конфликтуя между собой. Задача психотерапии — примирить обе эти части.

2. Мотивация (условная выгода) — это очень серьезная причина, если бессознательно пациент не хочет меняться и симптом имеет для него определенную выгоду. Например, полное избавление от мигрени может открыть глаза

на серьёзные проблемы в супружеских отношениях, которые “мешает видеть” изнуряющая головная боль. Когда голова перестает болеть пациент оказывается перед необходимостью их решать, а он может быть не готов к этому. В ходе психотерапии выявляют и прорабатывают возможные вторичные выгоды симптоматического поведения, ищут ему здоровую альтернативу.

3. Эффект внушения (другим лицом). Чьи-то слова, которые когда-то были услышаны, сработали как внушение, потом амнезировались на сознательном уровне, но продолжают действовать. Известно, что если ребенку в детстве часто повторять: “Остолоп, дурак, бестолочь, тупица, лентяй, разгильдяй”, дети часто начинают демонстрировать поведение, соответствующее внушенному. Потом уже будучи взрослыми люди, нередко, продолжают следовать этому сценарию, даже если он подвергается рациональной переработке. В других случаях слова-внушения запечатлеваются с одного раза, особенно если их произносят на пике эмоционального напряжения тех, к кому они обращены.

4. Самовнушение. Это какое-то обещание, которое человек, обычно в детско-подростковом возрасте, весьма эмоционально даёт себе, потом забывает об этом, но оно продолжает действовать как самовнушение. Например: “Никогда не буду иметь детей”, – говорит себе девочка-подросток, глядя на мать, которая целиком посвятила себя воспитанию детей, пожертвовав карьерой и личной жизнью. А потом, уже будучи взрослой женщиной, безуспешно лечится от бесплодия.

5. Элементы органической речи. Слова, выражают внутреннее состояние человека и отражают его способ мышления о своём теле. Органическая речь – привычное использование таких метафор собственного тела, которые способны причинить вред организму человека. Например: “Мне трудно дышать в этой атмосфере”, “Дети – моя головная боль”, “Эта работа просто убивает меня”, “Моё сердце кровью обливается”, “Это разрывает мне сердце”. Слова, становясь негативными самовнушениями, могут превращаться в реальные симптомы.

6. Язык тела – когда посредством симптома выражается то или иное душевное состояние человека. Часто носит символический характер, например, психогенная рвота может являться выражением психологической реакции отвращения, проявляющейся на физиологическом уровне. В основе подобных телесных реакций лежат конверсионные механизмы.

7. Идентификация (подражание) – попытка быть похожим на кого-то, желание уподобиться своему идеалу. Но постоянно копируя другого, человек, в конце концов, начинает от этого страдать, неосознанно воспроизводя проблемы и симптомы кумира, его болезни – вплоть до смерти.

8. Контридентификация – стремление отличаться от кого-то, пусть даже за счёт собственных телесных недугов.

9. Самонаказание – это то, что люди делают с собой, когда имеют чувство вины. Потому что вина всегда ищет наказания. Если человек совершает неблагоприятный с его точки зрения поступок, он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. И пока не вскрыт источник вины, человек не будет здоров.

10. Наказание кого-то другого – когда своим заболеванием человек неосознанно стремится кого-то наказать по принципу: “Вот умру, тогда узнаете”.

11. Болезненный опыт прошлого – это психические травмы раннего детства либо более поздних периодов жизни человека. Необходимо переработать и нейтрализовать травматический опыт.

Существует еще одна базисная причина психосоматики – **алекситимия**. Известно, что невротиков отличает выразительная и детальная вербализация переживаний, чувств, телесных ощущений. Напротив, у психосоматических пациентов способность выражать свои чувства и ощущения крайне затруднена. Их словарный запас беден, как и внутренняя способность дифференцировать свои чувства. Как правило, они хорошо адаптированы социально, а алекситимия является своеобразным ответом на идущий с самого детства семейный запрет выражать свои чувства. Вместо возможности чувственно перерабатывать реальность вырабатывается ригидное следование социальным нор-

мам и правилам. И тогда язык органов в виде дискомфортных и болевых ощущений становится “неудобной” для человека попыткой тела интегрироваться с душой в единое целое.

Кому же угрожает психосоматическое реагирование? В первую очередь тому, кто не перерабатывает свои конфликты сознательно. Психосоматическая личность – слишком ответственная, честолубивая, требовательная к себе, сверх-правильная, бескомпромиссная, застревающая, склонная обвинять в первую очередь себя в том, что что-то не так. Такие люди трудно приспосабливаются к новым условиям, неспособны выражать свои чувства, часто враждебные по отношению к самим себе.

Предпринимаются попытки выделить те или иные личностные аспекты, которые характерны для определенных психосоматозов. Так, например, полагают, что под угрозой возникновения коронарной патологии (стенокардия, инфаркт миокарда) прежде всего находятся честолубивые, ориентированные на соревнование и работу люди, чье поведение отмечено известной агрессивностью, враждебностью и соперничеством. Их отличают беспокойство, спешка, чувство цейтнота, гиперответственность, перфекционизм, одержимость профессиональной деятельностью и ориентация на социальный успех, следствием чего являются частые перегрузки и перенапряжение [12]. У больных гипертонической болезнью отмечают наличие интраперсонального напряжения между агрессивными импульсами с одной стороны и чувством зависимости – с другой. Их социальное поведение описывают, как чрезмерно адаптивное, уступчивое, пассивное и избегающее конфликтов, ориентированное на успех, характеризующееся сдерживанием как положительных, так и отрицательных эмоций. Кроме того, они часто не распознают и отрицают производственный стресс, а также имеют ограниченные ресурсы для продуктивного разрешения конфликтных ситуаций [11].

Известно, что функции желудка, его моторика, кровоснабжение и секреция тесно связаны с высшей нервной деятельностью, а, следовательно, с эмоциональным состоянием индивида. Агрессивность и злоба ускоряют прохождение пищи через желудок, тревога, страх, депрессивные переживания замед-

ляют его за счет пилороспазма и снижения перистальтики. Согласно Александру, при язвенной болезни наблюдается конфликтная ситуация, при которой потребности идущие из оральной сферы переживаний (желание быть избалованным, вознагражденным, зависимым) оказываются фрустрированными. Эта фрустрация перерабатывается регрессивным образом и превращается в потребность накормить себя, что приводит к избыточной активности вагуса, который стимулирует желудок и вне фазы переваривания пищи [1].

Дыхание является средством самовыражения и отражает эмоциональное состояние человека. Печаль и тревога уменьшают глубину дыхания, а радость – увеличивает ее. Боязливые люди часто имеют поверхностное или неравномерное дыхание. Приступ бронхиальной астмы часто сравнивают с криком и плачем ребенка, протестующим против утраты защищенности. Он является своего рода “сценой плача легких”. При бронхиальной астме ранние нарушения отношений с матерью ведут к конфронтации “желания нежности” с одной стороны и “страха перед нежностью с другой”. Причем от самих больных этот страх остается скрытым. В личностном плане это часто субъекты боязливые, с истерическими и/или ипохондрическими чертами характера [10].

Многие случаи нарушений менструального цикла, болей внизу живота, бесплодия и сексуальных расстройств могут быть поняты и доступны терапии лишь с учетом психосоматического аспекта их формирования. Так например, в некоторых случаях бесплодия женщины инстинктивно избегают половой жизни в периоды наиболее благоприятные для зачатия, в других - они во время полового акта совершают движения, затрудняющие проникновение спермы в половые пути. Также известно, что малоосознаваемый страх может приводить к сокращению шейки матки и труб, что также препятствует оплодотворению. Психосоматически обусловленный гормональный дисбаланс может вызывать у женщины ановуляторные циклы У мужчин значительные колебания в числе, подвижности и морфологии сперматозоидов коррелируют с нервным напряжением в связи с большими профессиональными нагрузками или семейными неурядицами [7].

В лечении органических и функциональных психосоматозов, а тем более, конверсионных расстройств существенная роль принадлежит психотерапии. Понятно, что при таких психосоматических заболеваниях, как бронхиальная астма, стенокардия или гипертоническая болезнь, как правило, требуется сочетанное применение фармакотерапии и методов психотерапии, а, следовательно, тесное взаимодействие профессионально подготовленных психотерапевтов и врачей-интернистов на всех этапах лечения. Напротив, в случае конверсионных или соматоформных расстройств, психотерапия играет ведущую роль, хотя на начальном этапе терапии в ряде случаев вполне оправдано применение антидепрессантов и некоторых других психотропных препаратов параллельно с психотерапевтическими методами воздействия. На сегодняшний день в литературе, посвященной психотерапии психосоматических расстройств можно встретить рекомендации по применению долговременной аналитической терапии, гештальттерапии, групповой и семейной терапии, аутотренинга, нервно-мышечной релаксации, телесно-ориентированных методов психотерапии, символдрамы, позитивной, когнитивно-бихевиоральной, и мультимодальной психотерапии, гипнотерапии и др. [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9].

Нами предложена стратегия краткосрочной интегративной психотерапии психосоматозов (курс в пределах от 8 до 16 сессий), которая в самом общем виде может быть представлена в виде следующих терапевтических составляющих:

1. Укрепление ресурсами. С первых сессий используются трансовые техники, позволяющие получить доступ к внутренним ресурсам пациента. Например, различные варианты трансового «сопровождения в приятное воспоминание», когда пациенты получают возможность заново пережить эмоционально позитивно окрашенные, телесно комфортные сцены из их прошлой жизни, а затем благодаря постгипнотическим суггестиям они могут взять с собой в настоящее физические ощущения, переполнявшие их чувства и эмоции, как ресурс для укрепления Эго.

2. Работа с болью и эмоциональным дискомфортом. Является важным элементом терапии большинства психосоматических пациентов. Базовая тех-

ника при острых болях – создание диссоциации между телом и духом. Нужно помочь сознанию отделиться от боли и уйти в виртуальный мир. Психотерапевт расспрашивает пациента куда бы тот хотел отправить своё сознание: в увлекательное путешествие, погружение в море с аквалангом и т. п. Потом наводится гипнотический транс, для углубления и стабилизации которого у пациента вызывают каталепсию руки, и помогают ему обрести яркие, чувственно окрашенные воспоминания приятного момента его жизни. При этом, за счёт усиливающейся диссоциации, реально существующая боль перестаёт осознаваться. Эта техника также хорошо работает при острых эмоциональных нарушениях – приступах тоски и тревоги. При локальных острых болях используется «техника защитной перчатки», когда у пациента вызывают каталепсию руки и в трансе создают особую защитную (вызывающую анестезию кисти руки и запястья) перчатку, которую он после небольшой тренировки может, индуцируя у себя трансовое состояние, самостоятельно переносить на любой другой участок тела, который в этом нуждается.

При хронических болях либо затяжном эмоциональном дискомфорте, который всегда проецируется в теле, применяется «техника овеществления боли (дискомфорта)», при которой воображение пациента превращает неприятные или болезненные ощущения в теле в некий объект, предмет. При этом терапевт выясняет его локализацию в теле, границы, форму, размеры, толщину, консистенцию, вес, поверхность (гладкая или шероховатая), то, что фиксирует объект на месте, температуру, содержимое, цвет (матовый или блестящий), возможные звуки или вибрации. Когда объект сконструирован в разговорном гипнозе, транс углубляют, у пациента вызывают левитацию руки, которая увеличивает телесную диссоциацию, и запускает процесс изменений. Пациенту предлагают найти способ трансформации объекта вплоть до его исчезновения из тела, в необходимых случаях суггестируя продолжение процесса изменений за рамками сеанса.

Ещё один приём - использование телесных метафор, когда пациенту предлагают написать и обсудить 5-10 метафор собственного тела. При этом выявляются особенности отношения к своему телу и, нередко, мы получаем

ключевые слова для последующей психотерапевтической работы: “Тело – непонятное, непослушное, как сундучок с секретным замком, оно как заряженный механизм часов...”. Полученные метафоры затем используются при трансовой индукции, когда они переживаются пациентом на уровне образов и ощущений и постепенно подвергаются всё новым преобразованиям, благодаря чему тело начинает чувствовать себя более комфортно.

3. Исследование убеждений пациентов, касающихся собственного здоровья и их коррекция.

Пациентам предлагают завершить следующие предложения:

Быть здоровым – значит...

Если я здоров, то я могу...

Стать совершенно здоровым – значит изменить...

Если бы я мог управлять здоровьем, я бы...

Когда я болен...

Следующие вещи мешают мне быть здоровым...

Это помогает мне быть здоровым...

Для выявления у пациентов ограничивающих/ поддерживающих убеждений им предлагают дополнить те высказывания, которые они бы хотели считать верными для себя?

Я не заслуживаю / заслуживаю того, чтобы быть здоровым потому что...

Я не смогу / смогу восстановить здоровье потому что...

Мне невозможно/ возможно стать полностью здоровым, потому что...

Быть здоровым нереально / реально потому что...

Если выявляется убежденность пациента в том, стать здоровым для него непосильная задача, необходима работа с убеждениями в модели НЛП или когнитивной терапии. Хороший эффект дает когнитивное реструктурирование при выполнении процедуры десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), где в качестве предмета воздействия избирается одно или несколько воспоминаний, послуживших основой для формирования негативного убеждения по поводу своего здоровья. Поскольку пораженческие установки у пациента могут быть обусловлены вторичной выгодой расстрой-

ства, полезно провести процедуру шестишагового рефрейминга, которая позволяет понять скрытые намерения, стоящие за болезненными симптомами и неверием в возможность излечения, а также наметить здоровую альтернативу симптоматическому поведению.

4. Гипноанализ. Пациент должен понять, что его проблемы, вытесненные в бессознательное, фиксируются телом, и далее он реагирует на них телесно. Если человек вытесняет и проблему, и те чувства, которые он испытывал – реагирует тело. Поэтому вначале необходимо выяснить возможные причины психосоматического реагирования, а затем постараться их устранить. С этой целью может использоваться гипнотическая техника «Ключи Ле Крона», которая позволяет через серию вопросов, адресованных различным проблемным областям, выявлять вышеперечисленные психологические источники психосоматических расстройств, с целью их последующей переработки в гипнотическом трансе, техниках когнитивной терапии, процедурах ДПДГ. Используются и другие приемы гипноанализа в эриксоновской трактовке: «разговор с субличностями», «путешествие в больной орган», «психосоматический мост», «рисуночная техника» Ж. Беккио и др.

Наличие интрапсихического конфликта, обусловленного внешне противоречивыми и даже взаимоисключающими тенденциями, предполагает работу с полярными частями личности в эриксоновской модели. Если у пациента есть предположения относительно роли какого-то травматического события прошлого в возникновении психосоматоза, в трансе он получает доступ к этому воспоминанию, а затем, посредством сигналинга дает бессознательный ответ, действительно ли такая связь существует. Если получен положительный ответ сразу же может быть осуществлена терапевтическая интервенция, когда пациента посредством диссоциированной возрастной регрессии из настоящего отправляют в травматическое воспоминание на встречу со своим более молодым «Я». В ходе этого виртуального общения он может утешить себя самого в той неблагоприятной ситуации, дать недостающую информацию и оказать максимальную поддержку для того, чтобы по новому взглянуть на события прошлого и изменить отношение к ним.

5. Прицельное воздействие на выявленные источники психосоматического расстройства. Это различные терапевтические интервенции в гипнотическом трансе с использованием косвенных и открытых внушений; переработка негативных воспоминаний и установок в модели ДПДГ; сюжетные трансы с заданной фабулой, где предлагаются различные способы разрешения внутренних конфликтов и межличностных проблем в символической (метафорической) форме. Широко используются терапевтические (специально сконструированные для помощи в разрешении проблем конкретного пациента) и эпистемологические метафоры. В последнем случае воздействие осуществляется за счёт серии вопросов, задаваемых по «правилам чистого языка», благодаря чему пациент, используя свой уникальный внутренний опыт, вначале создаёт метафорический образ болезненного симптома, а затем приводит его в движение. В результате, рождённый воображением пациента образ начинает постепенно трансформироваться вплоть до полного исчезновения (параллельно происходит редукция болезненной симптоматики). Причём эпистемологическая метафора часто позволяет воздействовать на вытесненный травматический опыт без его осознания (внутренняя работа происходит на уровне символических образов в их динамике). Находят применение различные варианты работы с мандалой, а также другие техники, в которых используются символы.

6. Обучение способам достижения телесного комфорта.

При психосоматике нет чувства покоя, поэтому необходимо помочь его обрести посредством достижения телесного комфорта. Например, путем обучения расслаблению через глубокое брюшное (диафрагмальное) дыхание в трансе либо использование техник наведения транса сфокусированных на чувстве покоя, расслабления, отдыха. Сюда же можно отнести обучение самотипнозу для обретения телесного и душевого комфорта при самостоятельном вхождении в транс. Пространство транса, достигнутое в самотипнозе, может быть использовано как для обретения комфорта и покоя за счёт глубокого погружения в приятные воспоминания, так и для самовнушений, направленных на формирование лечебной перспективы и обретения уверенно-

сти в позитивном исходе лечения: «С каждым днем я чувствую себя лучше и лучше», «Я выздоравливаю», «Я освобождаюсь от всего, что мешает быть здоровым» и т. п.

7. Коррекция алекситимии.

. Необходимо помочь пациентам научиться распознавать, а затем вербализовать свои эмоции, а также развить у них способность к воображению. Для этого их обучают техникам релаксации и самогипноза. Применяют методику Семёновой «Портрет жены художника», технику «Три волшебных вопроса», трансовые погружения в приятные воспоминания, активизирующие кинестетику.

8. Присоединение к будущему свободному от болезненных симптомов и прежних психологических проблем. В гипнотическом трансе либо в ходе сессии ДПДГ предлагают представить себе картину недалекого будущего, где пациент чувствует себя легко и свободно, а весь физический и психический дискомфорт остался в прошлом. Может быть использована «техника волшебного вопроса»: «Если бы случилось чудо, Вы проснулись бы утром, а проблемы больше нет. Пришла фея и сотворила волшебство. Как вы об этом узнаете? А как другие люди, включая близких, узнают, что проблемы больше нет? А что вы будете делать с этим новым состоянием на протяжении всего дня, когда проблема решена?» Потом возвращают пациента назад в прошлое, а, фактически, в настоящее с чувством, что позитивные изменения вполне реальны и их можно ждать уже в недалёком будущем.

Таким образом, представленная выше стратегия психотерапии психосоматических расстройств основана на прагматичном и гибком использовании широкого арсенала гипнотических процедур с акцентом на косвенных видах воздействия, ДПДГ, элементов когнитивного и позитивного подходов, техник НЛП. В необходимых случаях она может быть дополнена семейной либо супружеской терапией. Используемый психотерапевтический инструментарий позволяет осуществлять последовательное воздействие на основные психологические факторы (источники) психосоматических страданий, что в большинстве случаев обеспечивает терапевтический эффект.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ.— М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с.
2. Гинзбург М. Р., Е. Л. Яковлева Эриксоновский гипноз: систематический курс. — М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. — 312 с.
3. Карл Г., Бойз Д. Гипнотерапия. Практическое руководство /пер. с англ.. — М.: Изд-во ЭКСИМО-Пресс; СПб.: Сова, 2002. — 352 с.
4. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
5. Ле Крон Л. Добрая сила (Самогипноз) / пер. с англ. — М.: Изд. «Писатель», 1993. — 207 с.
6. Линн С., Кирш И. основы клинического гипноза. Доказательно обоснованный подход /пер. с англ. — М.: Психотерапия, 2011. —352 с.
7. Любан-Плоцца и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике /пер. с нем. СПб.: Издание Санкт-Петербургского НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2002. — 287 с.
8. Радченко А. Ф. Психотерапия психосоматических заболеваний/ Методы современной психотерапии: Учебное пособие /составители Л. М. Кроль, Е. А. Пуртова. — М.: Нез. Фирма «Класс», 2001, С. 387-417.
9. Beck D. Psychotherapie bei psychosomatischen Krankheiten. Habilitationsvortrag, Basel, 1968. — 317 p.
10. De Boor, C. Zur Psychosomatik der Allergie insbesondere des Asthma bronchiale. Huber, Bern; Klett, Stuttgart 1965. — 296 p.
11. Rose R., Jenkins C. Hurst M. Health changed in air traffic controllers: a prospective Study // Psychosom. Med. 1978: V.40, P. 142-164.
12. Rosenman R. H., Friedman M. The possible relationship of the emotions to clinical coronary heart disease // New Trends Exp Clin Psychiatry 1994: V.10, P. 61–74.

PSYCHOTHERAPY FOR PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Vladimir A. Domoratsky, M. D., Professor, chief of the Department of General and clinical psychology of the Belarusian State University (Belarus, Minsk), Head of the modality «Ericson psychotherapy and hypnosis» in the PPL.

Key words: *psychosomatic disorders, conversion disorders, psychotherapy, hypnosis, self hypnosis, EMDR, body comfort.*

In article the basic group of psychosomatic disorders, the most common sources of modern ideas about personal aspects of some psychosomatic diseases. Presented an original integrative model of psychotherapy psychosomatic disorders, and its main therapeutic components.