**Министерство здравоохранения Автономной Республики Крым.**

**Первичная и вторичная психопрофилактика невротических, соматоформных**

**и психосоматических расстройств с применением метода психологической саморегуляции «КЛЮЧ»**

**Методические рекомендации**

**для медицинских работников и пациентов.**

**Симферополь 2012**

Учреждения разработчики:

Министерство здравоохранения АРК, КРУ «Центр Здоровья»,

КР ВУЗ «Крымский индустриально-педагогический университет», кафедра психологии.

Авторы:

Бридко В.В. – к.м.н., главный врач КРУ «Центр Здоровья» (тел.(0652)272624)

Ганзин И.В. – д.м.н., врач-психиатр, психотерапевт, кафедра психологии КР ВУЗ КИПУ (тел.0633232684)

Ганзина В.В. – врач-психиатр (тел.0633232684)

Черемухин В.С. – специалист по методам психологической саморегуляции, суггестолог (тел.0633232684)

Рецензенты:

Буков Ю.А. – доктор биологических наук, проф., зав.кафедрой реабилитации ТНУ им.Вернадского В.И.

Дымшиц С.М. – главный психиатр МЗ АР Крым.

**Введение.**

Проблемы психопрофилактики и реабилитации больных с невротическими, соматоформными и психосоматическими расстройствами приобретают в последние десятилетия нарастающую актуальность. Это связано, в первую очередь со значительной распространенностью указанной патологии. Так, по обобщенным данным эпидемиологических исследований, порядка 61% лиц в популяции страдают указанными психическими расстройствами; 45% пациентов первичного поликлинического приема и 62% больных общесоматического стационара. При этом, как минимум, половина указанных пациентов нуждаются в комплексном подходе включающем лечебно-реабилитационные мероприятия психиатрического и психотерапевтического плана. Психопрофилактические мероприятия являются одним из основных компонентов терапевтически-реабилитационного подхода. Они предполагают комплекс психологических рекомендаций и практических мероприятий, направленных на сохранение (первичная психопрофилактика) и достижение психического, физического и социального благополучия лиц с различными заболеваниями (вторичная психопрофилактика). Универсальность, простота, низкая затратность и высокая эффективность делают психопрофилактику одной из приоритетных направлений современной клинической медицины. Одним из наиболее мощных компонентов психопрофилактики являются методы психической саморегуляции.

Настоящие методические рекомендации посвящены разработке комплекса мероприятий, направленных на улучшение диагностики невротических соматоформных и психосоматических расстройств, усовершенствованию лечебно-реабилитационных мероприятий для указанных расстройств, с представлением оригинального авторского комплекса первичной и вторичной психопрофилактики, включающего метод психической саморегуляции «КЛЮЧ» Хасая Алиева.

**Раздел I. Диагностика.**

Многие расстройства в клинической практике являются функциональными, но именно они проявляются обилием жалоб со стороны пациента, выраженным эмоциональным сопровождением, динамичным течением, вегетативными пароксизмами. Нередко в таких случаях речь идёт о *невротических расстройствах* с тревожным синдромом и полиморфной вегетативной симптоматикой (*соматоформные расстройства*).

Одно из важных тенденций *клинического патоморфоза*психических расстройств в настоящее время является – соматизация. *Соматизация* – глубинный психический механизм, при котором эмоции и аффекты, в силу их неприятности, неприемлемости и социального неодобрения трансформируются в физиологические процессы и физические симптомы, заставляя по болезненному «звучать» тот или иной орган или систему. И звучание это может успешно имитировать реальную соматическую патологию. Так, например, пациент с *соматизированной депрессией* может выглядеть как глубоко астенизированный больной с массой кардиологических/гастроэнтерологических/неврологических жалоб.

С другой стороны, общеизвестно, что любое соматическое страдание вызывает психологическую реакцию личности и нередко приводит ко вторичным психическим расстройствам (*органические и соматогенно обусловленные неврозоподобные состояния*).

В практических целях (однако, с некоторой академической дискутабельностью) все вышеперечисленные психические расстройства, тесно взаимосвязанные с соматикой (как причина и/или как следствие соматического заболевания) можно объединить в одну большую группу *психосоматических расстройств.*

**Общие принципы диагностики.**

1.*Возраст*.

Молодой возраст (до 45 лет) пациентов предполагает бóльшую вероятность функциональной патологии и пограничных психических расстройств.

2.*Психогении*.

Наличие в истории болезни указаний на предшествующие манифестации болезненного расстройства тяжёлые острые или хронические истощающие психотравмирующие переживания. Либо наличие выраженных и несоответствующих тяжести расстройства эмоциональных переживаний.

*3.Соответствие объективных данных субъективным переживаниям.*

При психосоматических расстройствах пациенты предъявляют массу жалоб, демонстрируют выраженные страдания, ярко окрашенные эмоциональными переживаниями. Объективно выявляются лёгкая функциональная патология, а, нередко, – патологических изменений нет.

*4.Коммуникативные особенности.*

Ряд больных (чаще, с невротическими расстройствами) предъявляют массу динамичных, ярких, подчас, необычных жалоб, широкий спектр изменчивых эмоций и аффектов, активно идут на контакт, ищут помощи, охотно сотрудничают и дают качественную обратную связь. Эти пациенты тревожны, являются ходячей энциклопедией страхов, традиционных и нетрадиционных (у многих есть персональный опыт) методов лечения, ночами просиживают в интернете в поисках ответы на свои вопросы.

Вторая категория больных (соматоформные расстройства и депрессии) невербально демонстрируют более тяжёлые страдания, но речь их скудна, монотонна, жалобы бедные, стереотипные, неполные, лишены эмоций. Такой коммуникативный стиль называется *алекситимия* (в буквальном переводе с греческого: «нет слов для чувств»). Такой стиль затрудняет понимание больного, контакт с ним и качественное сотрудничество. А учитывая, что многие пациенты невербально выражают недовольство, недоверие, сомнения, раздражение и гнев – всё это может взывать у врач негативный отклик в душе, что не лучшим образом.

*5.Время и терпение.*

Для понимания сути болезненного расстройства у психосоматических больных необходимо уделить внимание проникновению во внутренний мир пациента, понять его личностные особенности, внутренние психологические конфликты, типичные психологические защиты, *стратегии совладания со стрессом*. Всё это требует значительно большего, в сравнении с соматическими больными, времени и терпения.

**Депрессивные расстройства.**

Типичными признаками депрессии являются следующие *клинические проявления*, непрерывно нарастающие на протяжении, как минимум, двух недель:

* Подавленное, угнетённое, мрачное, унылое, тоскливое настроение;
* Двигательная и интеллектуальная заторможенность;
* Нежелание и невозможность что-либо делать;
* Отсутствие удовольствия от обычно приятных занятий и вещей (ангедония);
* Различные виды нарушения сна, наиболее типичны ранние утренние пробуждения (4-5 часов) с тревогой;
* Широкий спектр вегетативных расстройств;
* Снижение/отсутствие либидо;
* Снижение или отсутствие аппетита, в редких случаях – повышение;
* Снижение массы тела (более чем на 5-10% от исходной), даже при нормальном аппетите и соблюдении режима питания.

Наиболее мучительны для больных *нарушения в когнитивной сфере*, временно меняющие самооценку и мировоззрение:

* Пессимизм, негативная переоценка жизненных событий;
* Заниженная самооценка;
* Чувство вины;
* Обесценивание жизни и мысли о смерти;
* Ощущение безысходности, вечности страданий;
* «чёрно-белое» восприятие мира, без вкусов и запахов, в тяжёлых случаях – мучительное ощущение утраты способности к каким-либо чувствам.

Для *эндогенных депрессий* характерна типичная *суточная ритмика*: самое тяжелое состояние – в утренние часы и в первой половине дня, к вечеру симптомы могут в значительной степени ослабляться или даже временно отступать. Поэтому осмотр такого больного во второй половине дня требует тщательного и целенаправленного опроса для выявления депрессивной симптоматики.

При *соматизированной депрессии* на первый план выступают различные системные вегетативные расстройства:

* Головные боли («мышечного напряжения»);
* Боль в области сердца, тяжесть в груди, сердцебиение, колебание АД;
* Стеснение в груди, неудовлетворённость вдохом;
* Тошнота, рвота, чаще по утрам, отвращение к пище, гиперэстезия к запахам пищи, запоры (реже - поносы по утрам);
* Жжение – локальное или во всём теле, озноб, потливость, сенестопатии;
* Субфибрилитет;
* Различной локализации болевой синдром;
* Сухость слизистых, гипо-, гиперастезия.

В этих ситуациях больные нацелены на получение соматического диагноза и, как правило, проходят многих узких специалистов и широкий спектр диагностических процедур, что нередко даёт повод к новым исследованиям, новым тревогам и сомнениям.

*Невротическая депрессия* отличается от эндогенной лишь количественной выраженностью симптомов, значительно меньшей тяжестью расстройств, отчётливой связью с психогенными факторами, большей длительностью (6 и более месяцев) и особенностями течения (волнообразность течения, спонтанные ремиссии).

**Тревожные невротические расстройства.**

*Тревога* – негативное ощущение смутной неопределённой угрозы, опасности, беспредметный страх, сопровождающийся комплексом вегетативных нарушений с акцентом на перевозбуждение (постоянное или пароксизмальное) симпато-адреналовой системы.

**Генерализованное тревожное расстройство.**

Проявляется следующей симптоматикой:

* Тахикардия, сильная пульсация сердца;
* Потливость;
* Дрожь в теле, тремор;
* Чувство удушья, затруднённое дыхание;
* Боль или дискомфорт в груди;
* Тошнота, неприятные ощущения в желудке;
* Головокружение, неустойчивость и шаткость при ходьбе, «предобморочность» состояния, ощущение изменённости, нереальности, в собственном теле или окружающем мире;
* Страх потери контроля, сумасшествия;
* Страх наступающей смерти;
* Приливы или озноб;
* Онемение в теле, ощущение покалывания;
* Мышечное напряжение или боль;
* Беспокойство, невозможность расслабиться;
* Нервозность, напряжение;
* Ощущение комка в горле, затруднённое глотание;
* Усиленная реакция на внешние раздражители, испуг;
* Затруднение сосредоточения внимания;
* Раздражительность;
* Затруднённое засыпание.

При *панической атаке* многие из перечисленных симптомов разворачиваются внезапно и достигают значительной интенсивности, сопровождаются паническим «животным» страхом, психомоторным возбуждением пациента и, как правило, приводят к вызову бригады СМП. Интернисты диагностируют это состояние как диэнцефальный криз или симпато-адреналовый пароксизм, успешно купируют его, но, к сожалению, далеко не всегда направляют больных на лечение и реабилитацию к психиатрам (психотерапевтам). Излечение возможно только в этом случае, поскольку необходимы специализированные комплексные терапевтические реабилитационные программы, являющиеся сферой *компетенции психиатрии.*

**Соматоформные вегетативные дисфункции.**

Ранее в психиатрии эти расстройства определяли как *органные неврозы*. Для них характерно:

* Наличие симптомов вегетативного возбуждения, имитирующих картину соматической болезни;
* Отсутствие объективных признаков расстройства структуры и функций в данном органе или системе;
* Длительность (как и для всех невротических расстройств) более 6 месяцев.

Выделяют *соматоформные вегетативные дисфункции*:

* *Сердца и середечно-сосудистой системы;*
* *Верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок);*
* *Нижних отделов желудочно-кишечного тракта;*
* *Дыхательной системы;*
* *Урогенитальной системы.*

Соматоформные дисфункции проявляются многообразием вегетативных симптомов, приуроченных к *одной системе* или органу. Имеют массу параллелей в соматической медицине, нашедших своё отражение в классификациях и врачебном сленге, подразумеваемых как функциональные расстройства. Приведём некоторые из них: головные боли мышечного напряжения, невроз сердца, постстрессовый желудок, синдром раздражённого кишечника, нейрогенный мочевой пузырь, респираторный дистресс, патомимия (архаический дерматологический диагноз для психосоматики *кожной системы*: упорный зуд, неясного характера высыпания, на фоне странного поведения).

**Соматизированное расстройство.**

Вариант патологии, при котором отмечается длительное (более 2-х лет) присутствие симптомов возбуждения вегетативной нервной системы, приуроченная к *двум и более органам и системам*. Является одним из трёх вариантов проявления истерии, наряду с конверсией (судороги, псевдопарезы и параличи, анестезия) и диссоциацией (диссоциативные амнезия, ступор, транс).

Излечение данного расстройства немыслимо без вмешательства психиатра и высокопрофессиональной упорной длительной психотерапевтической помощи.

**Хроническое соматоформное болевое расстройство.**

Характеризуется наличием упорного, тяжелого и мучительного болевого синдрома различной локализации. Типична длительность, отсутствие объективных данных, объясняющих его генез. Внимание больных сфокусировано на боли и она является осевым феноменом в их жизни.

**Ипохондрическое расстройство.**

Характеризуется:

* Непоколебимой убеждённостью больного в наличии у него серьёзного физического заболевания;
* Озабоченность убеждением в болезни вызывает постоянные страдания больного, социальную дезадаптацию в повседневной жизни и вынуждает пациента постоянно искать медицинское обследование и лечение, обращаться за помощью к представителям нетрадиционной медицины и целителям;
* Образ жизни больного целиком сосредоточен на разработанной им программе по оздоровлению и лечению;
* Упорный отказ больного принять медицинские заверения а отсутствии физических причин симптомов.

**Психические расстройства пограничного уровня, обусловленные соматическими заболеваниями и органическими поражениями головного мозга.**

Хронические соматические заболевания сопряжены со страданием, необходимостью выносить боль, физический дискомфорт, нарушения функций, затратой дополнительных сил и энергии для обеспечения стабильности и успешной социальной деятельности; наполнены тревожными ожиданиями, неуверенностью, иррациональными страхами, делают больных ранимыми, чувствительными, обидчивыми, злобными. Острые расстройства несут ощущения катастрофичности, паники, отчаяния и уныния, заставляют переосмысливать жизненные ценности. Всё это, в совокупности с нейрофизиологическими изменениями в организме, снижением церебральной энергетики, создаёт предпосылки к развитию *неврозоподобных (органических непсихотическихсоматогенно обусловленных) расстройств.*

Выделяют следующие варианты *неврозоподобных расстройств*, по *ведущему психопатологическому синдрому*:

* *Астеническое;*
* *Тревожное;*
* *Депрессивное;*
* *Конверсивное.*

Указанные синдромы описаны нами ранее при рассмотрении соответствующих расстройств. При неврозоподобных состояниях они имеют сходные клинические проявления и отличаются рядом *характеристик*:

* Тесная связь клинической динамики неврозоподобного состояния с соматическим расстройством;
* Протекание на фоне церебрастении: быстрая психическая истощаемость, эмоциональная лабильность, слезливость, снижение концентрации внимании, частые цефалгии, метеозависимость;
* Клиническая неполнота и незавершённость, стереотипность болезненной симптоматики;
* Сложную для диагностики сочетание функциональных и органических симптомов болезни.

Данная группа расстройств для успешной реабилитации нуждается в параллельной работе специалиста по основному заболеванию и врача-психиатра (психотерапевта).

**Синдром профессионального выгорания.**

Профессиональное выгорание – полисиндромное психическое расстройство пограничного уровня связанное с длительными истощающими психогениями производственного характера, перегрузками. В группу риска по данному синдрому входят профессии связанные со значительным (более 70% рабочего времени) общением с людьми, высокой ответственностью, значительным психоэмоциональным напряжением. Это медицинские работники, педагоги, психологи, социальные работники, руководители всех рангов, сотрудники правоохранительных органов, менеджеры, представители сферы услуг. Факторы риска определяются также особым психологическим профилем, включающим слабые границы собственного Я, способствующие «заражению» чужими проблемами; низкими коммуникативными способностями; ригидностью; моральным мазохизмом; трудоголизмом.

*Процесс* профессионального выгорания протекает по следующим *этапам*:

1. Предвестники начальной фазы: повышенная активность, ощутимое утомление в конце рабочей недели, а затем к концу каждого рабочего дня.
2. Снижение активности.
3. Поиск виноватых: эмоциональные реакции - агрессия или депрессия.
4. Спад: снижение креативности, инертность, нарастающая пассивность.
5. Оскудение: уплощение эмоциональной, социальной и духовной жизни, изоляция.
6. Психосоматические реакции: невротические, депрессивные, инфекционные и соматические заболевания, алкоголизация и другие зависимости, психопатизация и нарастание профессионального дефекта.
7. Отчаяние: хроническое чувство безысходности, выраженный душевный кризис, хронические психические и соматические расстройства, высокий риск суицида.

*Основные симптомы* синдрома профессионального выгорания:

* Ухудшение отношений с коллегами и родственниками;
* Нарастающий негативизм по отношению к клиентам, к коллегам;
* Злоупотребление алкоголем, никотином, кофеином;
* Утрата чувства юмора, постоянное чувство неудачи и вины;
* Повышенная раздражительность и на работе, и дома;
* Упорное желание сменить род занятий;
* Рассеянность, утомляемость, слабость;
* Нарушения сна;
* Обостренная восприимчивость к инфекционным заболеваниям;
* Чувство хронической усталости.

**Проблема коморбидности.**

Трудно найти счастливца, в возрасте старше 35 лет, чьи записи в амбулаторной карте ограничиваются одним диагнозом. У пациентов старше 40 лет, как правило, имеются 3-4 соматических диагноза. Но могут быть и психиатрические, и не один. Например, пациент с хроническим невротическим состоянием систематически злоупотребляет алкоголем, с формирующейся зависимостью, и у него, после черепно-мозговой травмы, на *церебрастеническом фоне*, развивается депрессивное состояние. Целых три психиатрических диагноза, и это - суровая обыденность. Такие расстройства, протекающие параллельно и диагностируемые на момент обследования называются *коморбидными* (соболезненными). По статистике 35-65% всех психических расстройств являются коморбидными. Безусловно, это затрудняет диагностику и осложняет терапевтически-реабилитационный процесс. А если этот набор психической патологии развивается на фоне соматических расстройств и при этом функциональные и органические расстройства имеют одну точку приложения и сходную по типологии симптоматику… Разобраться в таком букете одному узкому (пусть даже высококвалифицированному и продвинутому) специалисту крайне непросто и скорбная одиссея пациента ведёт его от одного специалиста к другому, до тех пор, пока его не направят к психиатру (или доктор знающий попался, или больной крайне «достал»).

Выход в этой ситуации только один. Увидеть больного целиком: в комплексе соматики и психики, их тесной взаимосвязи и с учётом влияний социума. Разбросать диагнозы по полкам, создать иерархию проблем, и организовать параллельные курсы терапии у профильных специалистов.

**Общие принципы терапии и реабилитации.**

1. Внимание и интерес к личности больного, его проблемам – залог верного пути к диагнозу и эффективному *терапевтическому союзу (комплайенсу)* с пациентом.
2. Всесторонне тщательное и продуманное обследование, включая необходимые параклинические и лабораторные методы – для чёткой дифференциации функционального и органического.
3. Планомерность, этапность и комплексность лечебно-реабилитационных мероприятий.
4. Ведущая роль психотерапевтических и психологических методов.
5. Адекватная фармакотерапия.
6. Улучшение социальной адаптации пациента, проработка конфликтов, гармонизация отношений.

**Раздел II. Практические рекомендации и полезные советы.**

*1.Неукоснительно соблюдайте все врачебные предписания.*

Это касается регулярности приема медикаментов и других немедикаментозных методов лечения, режима дня, особенностей питания, дозирование видов активности, общения.

*2.Формируйте и стабильно поддерживайте позитивное здоровое мышление.*

Прагматический оптимизм, опора на успешный прошлый опыт, вера в себя, поддержка близких, руководство «высшими» ценностями (любовь, дружба, ответственность, порядочность, долг, самоусовершенствование, развитие, созидание, вера).

*3.Избавляйтесь от автоматических негативных мыслей.*

Многие проблемы – результат негативного мышления, которое базируется на полуосознаваемых, мимолетных мыслях, искажающих реальность, дающих повод для заниженной самооценки, неуспешности, подавленности, тревоги. Негативные мысли не только портят настроение, но и дают негативные ощущения и физические симптомы, скрыто управляют поведением, ведут к физическим и психическим болезням.

Борьба с негативными мыслями: распознавание – конфронтация (внутренний диалог с опорой на реальность) – уничтожение – замена позитивом.

*Виды негативных мыслей:*

1)Абсолютные паттерны (всегда, никогда, все, никто, постоянно, без вариантов).

2)Сосредоточенность только на плохой информации.

3)Предвосхищение неудач и катастроф.

4)Убежденность, что другие люди думают о Вас плохо, критикуют, презирают.

5)Оценка реальности на базе своих отрицательных чувств.

6)Беспричинное чувство вины.

7)Стереотипное расклеивание ярлыков.

8)Эгоцентризм мышления (все имеет ко мне отношение, связано со мной)

9)Поиск виновного.

*4.Развивайте навыки общения, общайтесь с позитивными людьми.*

*5.Поступайте с другими людьми также, как хотели бы, чтобы относились к Вам.*

*6.Окружайте себя приятными ароматами.*

Обоняние – древний и очень мощный орган чувств, помогающий программировать себя на хорошее настроение и успех.

*7.Создайте коллекцию хороших воспоминаний*

Обращение к счастливым моментам своей жизни – мощный антидепрессант и стимулятор.

*8.Регулярно занимайтесь физическими упражнениями.*

При физической активности стимулируется выработка нейропептидов и, как следствие, - улучшается настроение, активизируется интеллектуальная деятельность, повышается тонус организма.

*9.Освойте простые дыхательные упражнения, научитесь правильно дышать при стрессе.*

Дыхание с задержкой и медленным выдохом способствует повышению углекислого газа в крови, что снижает тревогу.

Диафрагмальное дыхание (животом) также обладает противострессовым эффектом, повышает выносливость.

*10.Освойте простые методы психической саморегуляции и ежедневно занимайтесь ими.*

Замечательному *методу психофизиологической саморегуляции «КЛЮЧ»* посвящен весь следующий раздел.

 «КЛЮЧ» - очень простая, быстрая, высокоэффективная и универсальная методика саморегуляции.

*11.Учитесь эффективному разрешению конфликтных ситуаций.*

Не бойтесь конфликтов, так как неразрешенные проблемы – это источник негативной энергии. Стремитесь решать спорные ситуации корректно, прагматично, конструктивно.

*12.Определитесь с глобальными вопросами: смысл жизни, главные и текущие цели, задачи.*

*13.Чаще доставляйте себе радости, мелкие удовольствия, положительные эмоции.*

*14.Оптимизируйте свою деятельность, режим, уровень нагрузок.*

*15.Помните о том, что не существует нерешаемых проблем.*

*16.Ищите людей с которыми можно посоветоваться по специальным вопросам (экспертов) и поделиться личным (друзей).*

*17.Вырабатывайте философское отношение к жизни.*

Стремиться: к мужеству изменить, что могу, спокойствию – принять то, что не в силах изменить и к мудрости – отличить первое от второго.

*18.Стремитесь постоянно узнавать что-то новое, улучшать свою память, развиваться духовно и физически.*

*19.Слушайте хорошую музыку, пойте, двигайтесь ритмично (танцуйте).*

Музыка – мощный терапевтический фактор для многих болезненных состояний. Универсальный рецепт – классическая музыка ( в особенности Моцарт).

*20.Уделяйте внимание близким, делайте им приятные вещи, прикасайтесь к ним.*

Количество прикосновений – индекс любви – повышает уровень эндорфинов (гормонов счастья).

*21.Постарайтесь отказаться от курения, максимально ограничьте употребление алкоголя и кофеина.*

*22.Не занимайтесь самолечением!*

*23.Не употребляйте ненужные медикаменты по привычке или на всякий случай.*

*24.При любых проблемах со здоровьем обращайтесь за обследованием и лечением только к специалистам.*

*25.Употребляйте полезную пищу, пейте очищенную воду, не злоупотребляйте солью, специями.*

**Раздел III. Метод психофизиологическойсаморегуляции «Ключ».**

Метод "Ключ" основан на уникальном изобретении мирового уровня - *идео-рефлекторных приемах*, снимающих стресс автоматически и вызывающих согласование психических и физиологических процессов.

Ключевые приемы помогают лечению психосоматических болезней, снятию страхов и внутренних зажимов, повышению уверенности в себе в любых ситуациях, например, перед экзаменами, переговорами, соревнованиями, публичными выступлениями, боевыми действиями.

Метод «Ключ» также полезен для будущих мам привынашивания и рождении ребенка.

*По скорости действия и эффективности альтернативы в мире нет.* Поэтому метод широко применялся для выведения из острого стресса детей и взрослых после терактов и чрезвычайных ситуаций, где традиционные психологические методы недоступны.

Метод «Ключ» избавляет от хронической усталости, позволяет легче и быстрее учиться, получать медитацию, в разы повышает эффективность любых упражнений, например, физкультуры, йоги, ци-гун.

*Метод «Ключ» основан на природной саморегуляции человека и отличается от всех существующих методов самосовершенствования тем, что включает этот механизм без длительных тренировок и специальных условий.* Кроме того, Метод "Ключ" позволяет использовать механизм саморегуляции организма в желаемом направлении, например, для решения интеллектуальных задач, освобождения от зависимостей, выработки навыков, раскрытия творческих способностей или развития желаемых качеств.

Человек, владеющий Методом «Ключ», легче и быстрее излечивается от бронхиальной астмы, остеохондрозов, вегетативно-ссосудистой дистонии, панических страхов, нарушений сна, гипертонических и гипотонических состояний, стенокардии.

Синхрометод включает:

Новую модель работы мозга. Это о том, как устроена работа мозга, открытые новые закономерности - научные основы Метода"Ключ".

Метод "Ключ" - для самостоятельного управления психофизиологическим состоянием организма.

Синхрогиманстика по методу "Ключ" - новое слово в "физкультуре"- 5 минут с эффектом 40 минутной аэробики - для поддержания здоровья и высокой работоспособности в условиях напряженной деятельности.

Метод "Ключ" позволяет:

Быстро проверить себя на зажатость - "боеготовность". Ключевой Стресс-Тест, индикатор напряжения.

Освободиться от нервно-мышечных зажимов и повысить степень успешности.

Освободиться от стереотипов мышления и подсознательных барьеров.

Открыть для себя новые способности, новую жизнь (Личный пример автора - проза, стихи, живопись).

Снизить утомляемость при больших умственных и физических нагрузках

Быстро расслабиться и восстановиться в сложных условиях

Лучше и быстрее высыпаться

 Раньше метод использовался в основном для военных целей и анонимного обучения Вип-персон.

С 1983 года метод применялся:

для обучения членов «Клуба директоров промышленных предприятий СССР»

для снижения утомляемости у операторов микросборки оборонных предприятий МЭП СССР, обучения программистов

для обучения диспетчеров энергопредприятий РАО "ЕЭС России"

для Антистрессовой подготовки военного персонала перед входом в атомоход «Курск»

для экстренной реабилитации детей и взрослых после терактов в Кизляре, Каспийске, Ессентуках, Беслане, Москве

для подготовки спецназа и психологов МВД РФ и МО РФ, направляемых в зоны боевых действий

для обучения испытателей Международной космической программы "Марс-500".

для восстановления психоэмоционального состояния «погорельцев» Нижегородской области

 Метод создан в 1981 году доктором Хасаем Алиевым в Центре подготовки космонавтов им. Ю.А. Гагарина для адаптации к невесомости, преодоления стресса и перегрузки.

*Метод утвержден Минздравом СССР в 1987 году.*

Метод рекомендован для снижения стресса и утомляемости у работающего человека, оптимизации процессов обучения и тренировки, а также для повышения эффективности лечения невротических нарушений и психосоматических заболеваний.

Метод получил мировое признание как способ быстрого снятия острого стресса и повышения эффективности обучения и тренировки (Медаль II Международного Симпозиума по проблемам обучения, информатике и кибернетике, Баден Баден, ФРГ, 1989г.).

Автор синхрометода, Генеральный директор московского Центра защиты от стресса - Хасай Магомедович АЛИЕВ, к.мед.н., ведущий научный сотрудник ГНИИИ военной медицины МО РФ, профессор кафедры здоровья сбережения НИРО, Заслуженный врач Республики Дагестан, член Совета по психологическому обеспечению МВД РФ, член межведомственного Совета по координации деятельности психологических служб г. Москвы.

*Метод «Ключ» состоит из трех основных частей.*

*1.Ключевой стресс-тест*

 Используется для определения выраженности уровня стресса, как способ снятия стресса и для достижения управляемого состояния – в нулевой точке.

*2.Короткие ключевые приемы для подбора индивидуального ключа и использования нулевого состояния в желаемом направлении.*

Ключевые приемы объединены комплексом *«Звезда саморегуляции»*, состоящим из шести базовых ключевых приемов.

*3.Регулярная пятиминутная синхрогимнастика, состоящая из пяти простых упражнений для поддержания оптимальной творческой и физической работоспособности, в том числе, в экстремальных условиях.*

*Нулевое состояние* является особым состоянием сознания, в котором осуществляется разгрузка и очищение организма от вредных последствий стресса, перезагрузка нервной системы, глубокий отдых с активным самооздоровлением организма и возможностью самопрограммирования для решения широкого круга задач: боевая мобилизация, творческая активация, медитация, исцеление.

В методике «Ключ» используются *идеомоторные движения* – перемещения и колебания отдельных частей и тела в целом, вызываемые не мышечной произвольной активностью, а движениями на уровне воображения, фантазии, вызываемые силою мысли, духа, усилием воли.

*1.Ключевой стресс-тест.*

Основан на использовании *идеомоторных рефлексов*. Успешность его выполнения обратно пропорциональна выраженности стресса у данного индивида.

Вытяните перед собой на уровне плеч расслабленные руки. Закройте глаза, пожелайте чтобы кисти рук начали расходиться в стороны или притягиваться друг к другу как магниты. Представьте себе эти движения. Спокойно подождите 5-10 секунд. В это время должны сработать идеомоторные рефлексы, что вызовет автоматическое схождение или расхождение рук по вашему желанию. Если это получается, значит вы имеете низкий уровень стресса и высокую предрасположенность организма к успешному освоению метода «Ключ». Если результат отрицательный – это показатель выраженного стресса и, следовательно, высокая мотивация к его устранению. Переходите к комплексу *«Звезда саморегуляции»* и подбору персонального ключа.

На всех этапах метода вы можете ориентироваться на обычные условия и любую обстановку. Успешность освоения не зависит от уровня окружающего шума, вам не нужно специально расслабляться, выгонять все мысли из головы, добиваться какого-то особого состояния. Прислушивайтесь к своему организму, улавливайте мелкие вибрации, новые ощущения и постепенно выйдите на уровень автоколебаний тела.

*2.Комлекс «Звезда саморегуляции».*

Состоит из 6 *базовых ключевых приемов*:

- расхождение рук;

- схождение рук;

- парение рук, левитация;

- покачивание;

- полет;

- движение головой.

*Ключевой прием 1 «Расхождение рук» и ключевой прием 2 «Схождение рук»* представляют из себя поэтапную и детальную проработку ключевого стресс-теста. В методе существуют правила перехода от одного ключевого приема к другому, до тех пор, пока организм не откликнется наиболее успешным и быстрым реагированием. Это и ести вас «Ключ».

*Ключевой прием 3 «Парение рук, левитация».*

Необходимо представлять, что опущенные руки, становятся легче и поднимаются, «всплывают».

*Ключевой прием 4 «Покачивание».*

В положении стоя попробуйте покачиваться в разные стороны в приятном для себя ритме.

*Ключевой прием 5 «Полет».*

По мере выполнения ключевых приемов, организм раскрепощается, внутренние процессы гармонизируются и упражнения получаются быстрее и легче. Повторите первые три приема. При поднятии рук представляйте себе чувство полета, связывайте высоту поднятия рук со степенью расслабления организма.

*Ключевой прием 6 «Движения головой».*

В положении стоя, с закрытыми глазами, осуществляются медленные, низкоамплитудные, ритмичные движения, вращения головой до нахождения точки релаксации, в которой наступает чувство расслабления гармонии.

На основе принципа ключа можно создавать большое количество дополнительных индивидуальных приемов.

*3.Синхрогимнастика.*

*Синхрогимнастика по методу «КЛЮЧ»*

Синхорогимнастика отличается от обычной физкультуры тем, что проводится на основе и синхронизации движений с текущим состоянием человека. Поэтому она дает за несколько минут «взрывной» раскрепощающий эффект с резким повышением уверенности в себе.

Все пять упражнений синхрогимнастики являются положительным условием для умственной работы над решением любых волнующих проблем. Вы делаете упражнение на автомате, а сами думаете о проблеме. При этом организм самонастраивает частоту движений под решение этой проблемы. Таким образом, с помощью синхрогимнастики Вы превращаете себя в инструмент для решения проблемы.

Синхрогимнастика состоит из пяти упражнений

*1.Хлест руками по спине.*

*2.Лыжник.*

*3.Крутиться.*

*4.Вис.*

*5.Легкий танец.*

Каждое из этих упражнений наряду с физической полезностью имеет и свое психологическое назначение.

*Хлест* – для раскрепощения и мобилизации, для подъема сил и уверенности в себе перед любой ответственной ситуацией, например, перед серьезной встречей, переговорами, экзаменами.

*Лыжник* – для принятия взвешенных решений.

*Крутиться* – для успокоения, расслабления, разгрузки.

*Вис* – прием для повышения уверенности в себе, раскрепощения мышц и развития гибкости позвоночника.

*Легкий танец* – прием для развития координации, повышения психологической устойчивости и развития гибкости поясничного отдела позвоночника.

*Хлест руками по спине.*

Хлест руками по спине выполняется от 30 секунд до 1 минуты. Руки надо бросать на плечи свободно. Руки – как плети. Надо не двигать ими, а именно, бросать. Необходимо далеко закинуть руки за плечи так, чтобы ладошки свободно хлопали за плечами, издавая характерный звук шлепка. При этом голова свободно двигается на расслабленной шее по удобной для вас траектории с частотой, синхронной похлопываниям. При этом происходит интенсивное раскрепощение мышц шейно-грудной области, что обеспечивает улучшение кровотока мозга, в частности, венозного оттока.

*Лыжник.*

Исходное положение – простая стойка, тело расслаблено, ноги – как удобно, руки свободно висят вдоль туловища. Упражнение состоит из взмахов руками вверх-вниз, синхронным подъемом и опусканием ног с носок на пятку. Форма движений при этом может быть самой различной и подбирается индивидуально: можно производить махи руками вверх и вниз с ровной спиной, а если удобно иначе, то и полусогнувшись, или даже пригнувшись телом совсем низко к полу, как лыжник при спуске с горы.

Делаете махи руками вверх над собой и затем бросаете их вниз. Во время того, как руки резко возвращаются, пятки в этом же ритме синхронно с опусканием рук поднимаются и опускаются с небольшим стуком, слегка ударяясь об пол.

*Крутиться.*

Итак, ноги стоят как удобно, руки расслаблены – крутимся влево-вправо в расслабленном состоянии одну минуту в том ритме, из которого выходить не хочется

*Вис*

Ноги – примерно на ширине плеч, делаем вис назад. Получается полунаклон типа полумостика. Но это только первая часть упражнения – вис назад, а всего их четыре – вис назад, вис вперед, расслабление и наклон.

Сначала лучше не пытаться прогибаться назад слишком сильно. Это вы будете делать месяца через два.

При этом полупрогибе брюшной пресс становится напряженным, вы словно «качаете» его упражнениями на фитнессе. А теперь вы можете сделать это более естественным для себя образом – просто прогнитесь назад и стойте так. Делаете это упражнение без насилия над собой. Теперь начинайте освобождать шею естественным для вас раскрепощающими движениями, вытягивая, потягивая ее вправо или влево, делайте как удобно.

Вторая часть – «вис вперед».

Делаем полунаклон, вешаем руки расслабленные, пусть стекает напряжение – как фаза отдыха, покоя после сделанной работы. Просто опускаем себя.

Теперь направьте внимание на область поясницы и отпускаете мыщцы поясницы, освободите их, разблокируйте.

Найдите резонанс с дыханием, как вам удобно – в момент выдоха или вдоха, - отпускайте мышцы поясницы. Вы снимаете барьер. И только тогда, когда вы почувствуете, что мышцы поддались, отпустили, только тогда, когда блок снят, свободно проходите в наклоне вниз, стараясь коснуться руками пола. Это третий этап упражнения «наклон вниз». Не стремитесь с первого раза достичь именно пола, соблюдайте принцип постепенности.

Затем возвращаетесь в исходное положение – обычную стойку.

В общем комплексе вы делаете это упражнение примерно одну минуту.

*Легкий танец.*

Пятое упражнение базируется на том, что есть связь между координацией и устойчивостью психики.

Исходное положение – ноги вместе, руки вдоль туловища.

Раз – это шаг правой ногой вперед.

Два – взмах левой ногой вправо, носочек вытягиваем, одновременно поворачиваем корпус влево с махом руками влево.

Три – левая нога, руки туловище в исходном положении.

Четыре – шаг правой ногой назад, в исходное положение, то есть, откуда начали первое движение.

Затем другой ногой зеркально.

Раз – шаг левой ногой вперед.

Два – взмах правой ногой влево, носочек вытянуть, одновременно поворот корпуса вправо с махом руками вправо.

Три – правая нога, руки, туловище в исходном положении.

Четыре – шаг правой ногой назад, в исходное положение.

Повторить три-четыре раза.

В целом, когда перестаешь путать, что влево, что вправо, выполнение этого упражнения займет 1 минуту.

Представленные материалы по методу «Ключ» служат информативным целям, дают целостное представление о принципах и сущности методик, однако, не являются полным руководством по его освоению.

*Несмотря на простоту, легкость, универсальность и безопасность метода эффективное и полное его освоение возможно только под руководством специалистов, прошедших специальное обучение и подготовку в сертифицированных центрах*.

Дополнительную информацию о методе «Ключ», работах Хасая Алиева, особенностях применения метода вы можете получить на авторском сайте

[www.stress.su](http://www.stress.su).

Рекомендуемая литература.

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- М.: Медицина, 1993.- 399с.
2. Алиев Х.М. Метод «Ключ». Открой свой мир! вКлючи внутренние резервы. М.-СПб: Питер. – 2011. – 200с.
3. Алиев Х.М., Бояринцев А.Г., Исаев М.Ю., Локотош А.И. Эффективная профилактика профессионального выгорания. Практическое руководство. – Красноярск – М. – 2011 – 171с.
4. Амен. Д. Измените свой мозг – изменится и жизнь! – М. Эксмо – 2012 – 445 с.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНЫ – 1999 г. – 376 с.
6. Ганзин И.В. Психические расстройства в повседневной практике клиники внутренних болезней (основы психосоматики). Практическое руководство. – Симферополь. – 27 с.
7. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного.- Л.: Медицина, 1980.- 180с.
8. Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского СПб «Питер» 2006. – 960 стр.
9. Ковпак Д.В. Как избавиться от тревоги и страха. \_- СпБ. Изд-во «Наука и Техника» - 2007 – 236 с.
10. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.- М.: Медицина, 1977.- С.37-68.
11. Манойлов А.Е. Соматоформные расстройства и основы психосоматики. – Челябинск. – 2004 – 24 с.
12. Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях – Москва – 1995.
13. Овсянников С.А., Циганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. – М. «Триада – Фарм». 2001 – 100 с.
14. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства.- Л.: Медицина, 1987.- 183с.
15. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. – М.: изд-во института психотерапии. – 2005 – 496 с.
16. Телешевская М.Э. Глазами больного.- К.: Здоровья, 1985.- 156с.
17. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина 1986 – 384 с.
18. Харди И. Врач, сестра, больной.- Будапешт: Изд. АН., 1982.- 196с.
19. Хаури П, Линде Ш. Как победить бессонницу. – М «Альпина» - 2002 г. – 295 с.