

ИТЗ 05
27 АЕН 1999

На правах рукописи

О.В. Семенов

ТУКАЕВ
Рашид Джаудатович

**МЕХАНИЗМЫ ГИПНОЗА И ГИПНОТЕРАПИИ
(ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ПРАКТИЧЕСКОЕ
ПРИМЕНЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОГЕНИЙ И
НЕВРОЗОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ)**

Специальности: 14.00.18 - Психиатрия
19.00.04 - Медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Санкт-Петербург
1999

Работа выполнена в отделении неврозов и психотерапии
Санкт-Петербургского научно-исследовательского
психоневрологического института им. В.М.Бехтерева

Научные консультанты:

Доктор медицинских наук, профессор Попов Ю.В.

Доктор медицинских наук, профессор Ташлыков В.А.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Карвасарский Б.Д.

Доктор психологических наук, член-корреспондент РАО,
профессор Залевский Г.В.

Доктор медицинских наук, профессор Чуркин А.А.

Ведущая организация: Московский научно-исследовательский ин-
ститут психиатрии МЗ РФ

Защита диссертации состоится " 17 " 06 1999 г. в 14
час на заседании диссертационного совета по защите докторских диссерта-
ций (Д 084.13.01) при Санкт-Петербургском научно-исследовательском
психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (193019, Санкт-
Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан " ____ " _____ 1999 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

А.М. Шерешевский

P 357.1, 0

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Современное положение отечественной клинической гипнотерапии противоречиво. Процесс активного освоения обширного поля западных психотерапевтических теорий и практик заметно сузил интерес к традиционной отечественной гипнотерапии. Широкое распространение получают психологически ориентированные эриксоновский гипноз (Erickson M.H., 1970, 1980; Erickson M.H., Rossi E.L., 1976, 1989) и нейролингвистическое программирование (Grinder G., Bandler R., 1979; Kameron-Bandler L., 1985). Положение гипнотерапии осложняется отсутствием целостной и общепринятой научной картины природы гипноза и механизмов гипнотерапии. Экспериментальные исследования функций мозга, организма, поведения в гипнозе в сопоставлении с бодрствованием, сном и при различной деятельности (Н.П. Свидерская, Т.А. Королькова, Г.В. Селицкий, 1990; Barber T.X., 1964; Crosson B., Mainz R., Laug E., 1977; Bick C.H. 1989; Depascalis V., Penna P.M., 1990), увеличивая знания о физиологии, психологии, биологии гипноза не позволили получить целостное представление о гипнозе и гипнотерапии. Природа гипнотического состояния, равно как и природа терапевтической эффективности гипнотерапии до настоящего времени в полной мере неясны (В.Е. Рожнов, 1985; Chertok L., 1989; Weitzenhoffer A.M., 1963, 1982). Сохраняются значительные расхождения между интенсивной практикой гипноза и научными исследованиями в этой области.

Развитие промышленности, динамика социума в ситуации кризиса, профессиональные вредности и экологическое неблагополучие выявили, либо породили целые классы заболеваний: постстрессовых расстройств, профессиональных заболеваний и экогений. Поиск и расширение средств терапии, в том числе психотерапии, основанные на понимании этиопатогенеза данных расстройств чрезвычайно важны.

Психотерапевтами всегда отмечалась клиническая эффективность гипнотерапии при широком круге психогений, психосоматических и соматических заболеваний (Бехтерев В.М., 1911; Варшавский К.М., 1973; Буль П.И.; 1974, Свядоц А.М., 1982; Слободяник А.П., 1982, Chertok L., 1989, Wolberg L., 1948). Вместе с тем, гипнотерапию традиционно было принято рассматривать как симптоматический метод терапии (Карвасарский Б.Д., 1990). В связи с развитием методов интегративной и краткосрочной психотерапии возрос интерес к использованию гипноза в психотерапевтической практике.

Учитывая наличие несомненного лечебного потенциала гипнотерапии, сохранение к ней практического интереса, поиск новых методологических подходов к пониманию феномена гипноза, дальнейшая разработка целостных тео-

ретических представлений о гипнозе и гипнотерапии с обоснованием диапазона терапевтического применения, представляются весьма актуальными.

Цель исследования. Целью настоящего исследования было обоснование терапевтического потенциала клинической гипнотерапии при психогениях, невротоподобных состояниях экзогенно-органического генеза, в том числе профессионально и экологически обусловленных на основе разработки вторично-феноменологической модели гипноза, построения модели биологических и психологических механизмов гипноза и гипнотерапии.

Задачи исследования.

1. Исследование субъективного восприятия времени при различной глубине гипнотического состояния.

2. Исследование спонтанной ноцицепции (спонтанных болевых ощущений) в процессе гипнотерапии.

3. Разработка биологической модели гипноза и гипнотерапии на основе вторично-феноменологического подхода к феноменологии, физиологическому и психологическому воздействию зрительных (цветовых) внушений в гипнозе и нейрофизиологических моделей образования зрительных последовательных образов, активирующей системы мозга и переработки зрительной информации.

4. Изучение биологических механизмов гипноза и гипнотерапии на основе исследования системы крови (гематологии, иммунологии, биохимии, метаболизма свинца и радионуклидов тяжелых металлов).

5. Изучение психологических механизмов гипнотерапии невротоподобных состояний.

6. Рассмотрение места гипнотерапии в структуре психотерапии психогений и невротоподобных состояний с вычленением структуры, разработкой и описанием методик гипнотизации и гипнотерапии психогений и невротоподобных состояний экзогенно-органического генеза.

7. Оценка эффективности гипнотерапии психогений и невротоподобных состояний экзогенно-органического генеза.

Научная новизна исследования.

Впервые на основе анализа описанной и систематизированной феноменологии восприятия зрительных внушений в гипнозе, при ее сопоставлении с нейрофизиологическими моделями образования зрительных последовательных образов, активирующей системы мозга и переработки зрительной информации разработана вторично-феноменологическая модель гипноза и предложен новый методический подход к исследованию гипнотического состояния.

Впервые разработана современная модель биологических механизмов гипноза и гипнотерапии. Разработка данной теоретической модели проведена

на основе интеграции вторично-феноменологической модели гипноза с данными по спонтанной ноцицепции в гипнозе и с результатами теоретического осмысления данных изучения динамики гематологических, биохимических, иммунологических показателей крови при гипнотерапии с позиций теорий стресса, патологических устойчивых состояний, рефлексологии, ноцицептивной системы. В рамках данной модели удалось получить целостное представление о процессе трансформации неспецифического по своему генезу гипногенного стресса в специфический саногенно-терапевтический процесс.

Проведено изучение субъективного восприятия времени при различной глубине гипнотического состояния в сопоставлении с восприятием внушенных цветовых ощущений и образов и показаны феноменологические различия зрительного восприятия внушенных цветов и субъективного восприятия времени для различной глубины гипнотического состояния.

Предпринято изучение спонтанной ноцицепции в процессе гипнотерапии, и показаны различия динамики болевых ощущений для острого и хронического патологического очага.

Проведено системное изучение биологических эффектов гипнотерапии на примере системы крови в динамике одного сеанса и курса лечения и показана стрессовая их природа.

Впервые описано влияние гипнотерапии на динамику метаболизма свинца и долгоживущих радиоактивных нуклидов, на основе которого предложены способы оценки степени риска интоксикаций.

Проведено изучение психологических эффектов гипнотерапии при неврозах и неврозоподобных состояниях экзогенно-органического генеза.

Гипнотерапия использована для лечения профессиональных нейротоксикозов и экогений.

Проведена оценка эффективности гипнотерапии психогений и неврозоподобных состояний экзогенно-органического генеза.

Теоретическое и практическое значение проведенного исследования.

На основе проведенных исследований разработана целостная модель гипнотерапии, интегрирующая модели гипноза, гипнотизации, биологических эффектов гипноза и гипнотерапии.

Рассмотрены психологические механизмы гипнотерапии. С учетом социально-психологической “модели болезни и терапии” пациентов разработаны прикладные методики гипнотизации, гипнотерапии неврозов, реактивных состояний, постстрессовых расстройств и неврозоподобных состояний, в том числе профессионального и экогенного происхождения.

Впервые выявлен механизм влияния гипнотерапии на динамику метабо-

лизма свинца и долгоживущих радиоактивных нуклидов, показаны его неспецифичность, активный характер кинетики метаболизма тяжелых металлов, разработаны и запатентованы методы оценки степени риска интоксикации.

Полученные данные имеют значение для дальнейшего развития психотерапии психогений, невротоподобных состояний, медицинской психологии, токсикологии, терапии профессиональных и экологически обусловленных заболеваний.

Разработана и запатентована универсальная и высокоэффективная методика введения в состояние гипноза, аутогенного погружения, медитации.

Материалы диссертации внедрены в деятельность отдела профпатологии и клиники Уфимского НИИ медицины труда и экологии человека, Республиканского психотерапевтического центра Башкортостана, курса психиатрии ФУВ БГМУ. Материалы работы нашли отражение в 3 методических рекомендациях: "Психотерапия функциональных и функционально-органических заболеваний центральной системы профессионального и смешанного генеза", (Уфа: ГК СЭН РФ, УфНИИ МТиЭЧ, 1995); "Медицинская реабилитация и профилактика алергозов, заболеваний нервной системы и органов пищеварения у рабочих микробиопроба" (Уфа: ГК СЭН РФ, 1993); "Заболевания профессионального и смешанного генеза у работников нефтехимической промышленности. Комплексное лечение с использованием психотерапии и акупунктуры" (Уфа, МЗ РБ, УфНИИ МТиЭЧ, 1998).

Для внедрения в практику предложено 3 патента на изобретения.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1) системное исследование феноменологии гипноза и, прежде всего зрительных внушений, позволяет выделить ряд значимых качественных паттернов пространственного, временного характера и других, при соотнесении которых с развитыми нейрофизиологическими моделями функционирования ЦНС (образования зрительных последовательных образов, активирующей системы мозга и переработки зрительной информации) разработана интегративная вторично-феноменологическая нейрофизиологическая модель гипноза; успешность ее построения позволяет сформировать вторично-феноменологический методический подход к исследованию гипнотического состояния;

2) появление, локализация и динамика спонтанных ноцицептивных (болевых) ощущений в процессе гипнотерапии связаны с наличием и качественными особенностями определенного патологического очага.

3) переход человека в гипнотическое состояние порождает гипногенный стресс;

4) интеграция вторично-феноменологической модели гипноза с данными

по спонтанной ноцицепции в гипнозе и результатами теоретического осмысления данных изучения динамики гематологических, биохимических, иммунологических показателей крови при гипнотерапии с позиций теорий стресса, патологических устойчивых состояний, рефлексологии, ноцицептивной системы ведет к формированию обобщенной модели биологических механизмов гипноза и гипнотерапии, в рамках которой получено целостное представление о процессе трансформации неспецифического по своему генезу гипногенного стресса в специфический саногенно-терапевтический процесс;

5) проведено экспериментально-психологическое исследование психологических механизмов гипнотерапии, полученные результаты соотнесены с понятием системы психологических защит личности, показаны соответственно реактивационный и формирующий характер ее динамики при неврозах и неврозоподобных состояниях;

5) разработаны и апробированы методики психотерапии (включающие гипнотерапию) постстрессовых расстройств, экзогенно-органических неврозоподобных состояний профессионально и экогенно обусловленных.

Апробация работы. Результаты диссертации докладывались на Всесоюзном съезде психиатров (Москва, 1988), Второй, Третьей всероссийских конференциях по психотерапии (Москва, 1997, 1998), различных конференциях, семинарах.

Публикации. По результатам исследования опубликовано 27 научных работ, включая монографию, 3 методических рекомендации, получено 3 патента.

Объем и структура работы. Основной текст диссертации составляет 286 машинописных страниц, приложение 1 - 6 страниц. В библиографии приводятся наименования 270 источников (на русском языке - 151, на иностранных языках - 119). Работа включает 47 таблиц, 1 рисунок. Диссертация состоит из введения, восьми глав, заключения, выводов.

Во введении обосновывается актуальность, новизна, теоретическая и практическая значимость исследования; сформулированы цель и задачи работы. В первой главе анализируется современное состояние проблемы природы гипноза и механизмов гипнотерапии, исследований феноменологии зрительного восприятия в гипнозе, с анализом публикаций, затрагивающих психологические, нейрофизиологические, клинко-терапевтические аспекты. Во второй главе изложены характеристика материала и методы исследования. В третьей главе представлены материалы изучения восприятия времени в гипнозе. В четвертой главе излагаются данные спонтанной ноцицепции при гипнотерапии. В пятой главе приведены материалы изучения системы крови при гипнотерапии неврозов по гематологическим, иммунологическим, биохимическим показателям.

Проанализированы: общая динамика показателей крови; динамика показателей крови при различной эффективности гипнотерапии. В шестой главе в ходе обсуждения собственных данных по феноменологии и воздействию внушенных в гипнозе цветовых ощущений и образов, литературных данных по нейрофизиологии зрительной и активирующих систем мозга, описана вторично-феноменологическая модель гипноза. При дальнейшем обсуждении данных по биологии гипноза с привлечением литературных данных по механизмам стресса и патогенеза, функции вегетативной нервной системы, собственной модели гипноза, спонтанной ноцицепции в гипнозе, описана биологическая модель гипнотерапии. В седьмой главе рассмотрены психологические механизмы гипнотерапии неврозов, неврозоподобных состояний. В восьмой главе описаны методики гипнотизации, гипнотерапии неврозов, реактивных состояний, постстрессовых расстройств. Приведены и проанализированы результаты гипнотерапии психогений и неврозоподобных состояний. В заключении обсуждаются перспективы исследования механизмов гипноза и гипнотерапии, развития техник гипнотерапии психогений и неврозоподобных состояний.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Поставленные задачи исследовались самостоятельно и совместно с м.н.с. И.А. Абдулнагимовым (две контрольные группы численностью 50 обследуемых) на общем материале 1581 обследуемых (505 мужчин, 1076 женщин).

В экспериментальной части работы задействовано 609 обследуемых (247 мужчин, 359 женщин). Исследование восприятия времени в гипнозе проведено на 99 испытуемых, 75 женщинах (средний возраст 43,2 года) и 24 мужчинах (средний возраст 41,6 года). Исследование спонтанной болевой ноцицепции проведено на 83 пациентах, 47 женщинах (средний возраст 45 лет) и 36 мужчинах (средний возраст 38,3 года). Ноцицепция при острых патологических процессах изучена у 15 пациентов (7 женщин, 8 мужчин). Спонтанная ноцицепция при хронических патологических процессах изучена у 68 пациентов (40 женщин со средним возрастом 43,7 года и 28 мужчин со средним возрастом 38 лет).

Биологические эффекты гипнотерапии в динамике сеанса и курса гипнотерапии изучались у 133 пациентов неврозами. В исследовании задействованы 79 женщин (средний возраст 36,5 года) и 34 мужчины (средний возраст 38,9 лет). Контрольные исследования динамики лейкограммы за период в 40 минут проведены на 19 испытуемых (8 мужчин, 11 женщин). Контрольные исследования лейкограммы за период в 10 дней проведены на 30 испытуемых (17 мужчин со средним возрастом в 47 лет, 13 женщин со средним возрастом в 44 года, дос-

товерной динамики показателей во временном интервале в 40 минут и 10 дней не получено. В другом контрольном исследовании нами, совместно с И.Г. Абдулнагимовым, оценена возможность случайной динамики гематологических, иммунологических, биохимических показателей крови за 10 дней в амбулаторной группе из 26 женщин со средним возрастом в 35 лет. Достоверное повышение отмечено для трех показателей из 24 (лейкоцитов, РОК, IGA), тогда как показатели лейкоформулы, все биохимические, большинство иммунологических показателей во временном интервале в 10 дней остались неизменными.

Динамика кинетики метаболизма свинца при гипнотерапии исследовалась у 40 обследуемых (15 женщин со средним возрастом в 32 года, 25 мужчин со средним возрастом в 34,3 года). Нами изучены данные повторного определения свинца в моче в контрольной группе из 30 пациентов клиники УфНИИ МТ и ЭЧ (17 мужчин со средним возрастом в 47 лет и 13 женщин со средним возрастом в 44 года), с профессиональным контактом со свинцом с интервалом в 7-10 дней, показано отсутствие достоверных изменений. Динамика кинетики метаболизма радионуклидов тяжелых металлов при гипнотерапии исследовалась у 22 обследуемых (10 мужчин со средним возрастом в 39 лет и 12 женщин со средним возрастом в 36), со средовым контактом с радионуклидами тяжелых металлов.

Исследования "модели болезни и терапии" проведены на 166 обследуемых (82 мужчинах и 84 женщинах). Из них 60 человек составили работники Мозырского НПЗ (28 женщин, средний возраст 37 лет и 32 мужчин, средний возраст 36 лет). 106 обследуемых являлись слушателями школы экстрасенсов (56 женщин средний возраст 46 лет и 50 мужчин, средний возраст 42 года).

В клинической части исследования гипнотерапия проведена 846 пациентам (199 мужчин, 647 женщин), среди которых психогении имели место у 371 (95 мужчин со средним возрастом 40,3 года, 276 женщин со средним возрастом 43 года), а невротоподобные состояния - у 316 пациентов (63 мужчин со средним возрастом 47,7 лет, 253 женщин со средним возрастом 48 лет). Неврастения имела место у 154 пациентов (47 мужчин со средним возрастом 40,8 года, 107 женщин со средним возрастом 34 года), истерический невроз - у 31 пациента (5 мужчин со средним возрастом 32 года, 26 женщин со средним возрастом 36 лет). Обсессивный невроз встретился у 15 пациентов (3 мужчин со средним возрастом 44 года, 12 женщин со средним возрастом 32 года). Острые реакции психического стресса имели место у 20 пациентов (9 мужчин со средним возрастом 35 лет, 11 женщин со средним возрастом 36 лет). Посттравматические стрессовые расстройства отмечены у 30 пациентов (14 мужчин со средним возрастом 39 лет, 16 женщин со средним возрастом 37 лет).

Среди невротоподобных состояний гипнотерапия пациентам с токсиче-

скими углеводородными энцефалопатиями проведена 88 пациентам (15 мужчинам со средним возрастом 42 года, 73 женщинам со средним возрастом 45 лет). Токсическая свинцовая энцефалопатия имела место у 45 пациентов (9 мужчин со средним возрастом 47 лет, 36 женщин со средним возрастом 47 лет). Дисциркуляторные энцефалопатии встретились в 121 случае (19 мужчин со средним возрастом 53 года, 102 женщины со средним возрастом 57 лет). Последствия нейроинфекции с неврозоподобной симптоматикой имели место у 38 пациентов (7 мужчин со средним возрастом 35 лет, 31 женщины со средним возрастом 36 лет). Бронхиальная астма отмечена у 21 пациента (1 мужчина с возрастом 36 лет, 20 женщин со средним возрастом 44 года).

Психологических механизмов гипнотерапии изучены на 138 пациентах (40 мужчинах и 98 женщинах). Неврозы имели место у 99 человек (28 мужчин со средним возрастом 42 года, 71 женщина со средним возрастом 38 лет), а неврозоподобные состояния экзогенно- органического генеза – у 39 человек (12 мужчин со средним возрастом 48 года, 27 женщин со средним возрастом 45 лет)

В основу исследования положены клинический и клинко-психопатологический принцип и методы исследования, использованные при формировании экспериментальных и клинических групп, подходов к анализу материала. При изучении феноменологии восприятия времени и ноцицепции в гипнозе применялись специально разработанные опросники. В исследованиях биологических эффектов гипноза использовались стандартные методы гематологического, биохимического, иммунологического исследования. Исследования выполнены лабораториями клиники Уфимского НИИ медицины труда и экологии человека. Суммарная радиоактивность определялась методом СИЧ (счетчика излучений человека) с помощью прибора QBM-1 фирмы Nuclear Enterprises персоналом Мозырской городской поликлиники. При анализе психологической составляющей психотерапии и при разработке критериев оценки эффективности психотерапии использован опросник MMPI (основные шкалы). Статистический анализ полученных данных проведен с помощью стандартных пакетов “Statgrafics”, “Statistica”.

Результаты исследования и их обсуждение
Исследования феноменологии гипноза и гипнотерапии
Феноменология восприятия времени в гипнозе

Наше исследование известного феномена искажения восприятия времени показало (см. таб. 1) что развитие гипнотического состояния в большинстве случаев ведет к спонтанному замедлению и ускорению восприятия времени.

Замедление восприятия времени составляет примерно две трети, а ускорение восприятия времени - треть случаев измененного восприятия времени. Изменение восприятия времени закономерно усиливается с углублением гипнотического состояния, как для замедления, так и для ускорения восприятия течения времени. Установлено, что при большей глубине гипнотического состояния происходит количественное искажение восприятия времени, что отличает данный феномен от феноменологии зрительного гипнотического восприятия, для которого глубина гипноза определяет качественные различия.

Таблица 1

Сопоставление реальной и субъективно воспринимаемой длительности сеанса гипноза

Глубина гипноза	I ст.	II ст.	III ст.
Средние показатели реальной длительности сеанса гипноза (в минутах)	26 (9 чел.)	25 (63 чел.)	26 (27 чел.)
Средние показатели субъективной длительности сеанса гипноза при адекватном ее восприятии (в минутах)	26 (3 чел.)	25 (4 чел.)	30 (4 чел.)
Средние показатели субъективной оценки длительности сеанса гипноза при ее сокращении (в минутах)	13,7* (4 чел.)	14* (38 чел.)	10* (14 чел.)
Средние показатели субъективной оценки длительности сеанса гипноза при ее увеличении (в минутах)	35 (2 чел.)	41* (21 чел.)	56* (9 чел.)

Примечание. показатели, отражающие достоверное изменение субъективной длительности сеанса гипноза в сопоставлении с реальной, отмечены звездочкой.

Ноцицептивные ощущения и их динамика при гипнотерапии

При гипносуггестивной терапии пациентов с неврозоподобными состояниями и соматическими заболеваниями отмечаются спонтанно возникающие, либо усиливающиеся в гипнозе ноцицептивные, болевые, ощущения. Изучение динамики ноцицептивных ощущений в процессе гипнотерапии при острых (травматических) и хронических патологических процессах выявило существенные различия. Динамика гипнотической ноцицепции для острых патологических процессов (см таб.2) характеризуется одноэтапным регрессом.

Таблица 2

Динамика ноцицептивных ощущений при острых травмах в процессе гипнотерапии

Причины боли	Число наблюдений	Динамика ноцицепции в гипнозе					
		в течение сеанса		после сеанса		в течение курса	
		осл.	исч.	осл.	исч.	осл.	исч.
Переломы	4	1	3	2	2	2	2
Повреждение связок	3		3	1	2		3
Ранение конечности	1		1		1		1
Челюстные боли	7	2	5	3	4		7
Всего	15	3	12	6	9	2	13

Примечание: исч. - исчезновение боли; осл. - ослабление боли.

Динамика гипнотической ноцицепции для хронических патологических процессов включает прогрессивный и регрессивный этапы (см. таб.3). На прогрессивном этапе гипнотической ноцицепции происходит усиление, или появление болевых ощущений с патологического очага. На регрессивном этапе болевые ощущения ослабляются, исчезают. Динамика гипнотерапевтической ноцицепции спонтанна и определяется совокупностью погружений в гипнотическое состояние.

Таблица 3

Динамика ноцицептивных ощущений при хронических патологических процессах в процессе гипнотерапии

Причины боли	Число наблюдений	Наличие БОБ	Динамика ноцицепции в гипнозе								
			в течение сеанса				после сеанса			в течение курса	
			п.	ус.	осл.	исч.	ус.	осл.	исч.	осл.	исч.
ДКПП	52	52	-	40	8	4	5	44	3	28	24
СКПП	47	47	25	21	31	16	-	38	9	12	35
КПП	68	-	68	55	13	-	9		59	-	68

Примечание: ДКПП- декомпенсированный патологический процесс; СКПП субкомпенсированный патологический процесс; КПП- компенсированный патологический процесс; БОБ - болевые ощущения бодрствования; п. - появление боли; ус. - усиление боли; осл. - ослабление боли; исч. - исчезновение боли.

Исследования по биологии гипноза и гипнотерапии

Изучение компонентов крови на гематологическом, биохимическом, иммунологическом уровнях в процессе гипнотерапии.

Исследование компонентов крови на гематологическом, биохимическом, иммунологическом уровнях в процессе гипнотерапии строилось на четырехкратном анализе: до и после сеанса гипнотерапии, в начале и в конце лечения. Изучались 29 показателей: лейкоформула, определение эозинофилов в 1мл; биохимические показатели белкового, отчасти жирового обмена, аутоинтоксикации, функций печени, ферменты; показатели клеточного и гуморального иммунитета. Исследование проведено на 113 пациентах, включая 78 больных невротозами, 35 - невротоподобными состояниями, на базе клиники Уфимского НИИ медицины труда и экологии человека. Проведено сравнительное изучение гематологических, иммунологических и биохимических показателей крови в группах пациентов с невротозами при клиническом улучшении состояния (33 человека) и значительном улучшении состояния (30 человек). При статистическом анализе данных использованы базы данных и статистический пакет "Statgrafics", "Statistica", применялись параметрические, непараметрические методы, факторный анализ. Проведенные контрольные исследования подтвердили гипногенный характер изменений показателей крови в основных экспериментальных группах.

Согласно полученным данным, в процессе гипнотерапии происходят достоверные изменения значительной части гематологических, иммунологических, биохимических показателей как в процессе начального, завершающего сеансов, так и процессе всего курса гипнотерапии. Большинство изучаемых показателей крови снижаются как в ходе начального и завершающего сеансов, так и в процессе курса гипнотерапии (см. таб.4).

Таблица 4

Динамика гематологических, иммунологических, биохимических показателей крови в процессе гипнотерапии

Показатели	Начальный сеанс		Завершающий сеанс		Динамика за период гипнотерапии
	До сеанса	После сеанса	до сеанса	после сеанса	
Лейкоциты	5510	5430	5750	6050	Повышение
Эозинофилы	3,36	> 2,37	2,83	2,43	Снижение
Сегментоядерные нейтрофилы	52,48	< 55,38	52,67	54,16	-
Лимфоциты	34,78	> 32,02	33,33	> 32,18	
Моноциты	7,87	> 7,04	7,58	8,5	
Эозинофилы в 1 мл	103	> 97,08	91,38	83,77	
РОК	48		35		Снижение
СН50	32		21		Снижение
ФАЛ	52,56	52,5	44,52	41,5	Снижение
НСТ-тест сп.	0,66	0,66	0,54	0,57	Снижение
НСТ-тест ст.	0,65	0,65	0,52	0,52	Снижение
ЦИК	91,92	72,87	43,8	52,66	Снижение
IGM	2,71	2,04	1,94	2,2	Снижение
IGJ	15,85	< 16,79	14,41	15,12	Снижение
IGA	3,05	> 2,86	2,29	> 2,18	Снижение
Холестерин	4,51	4,43	4,22	4,06	Снижение
E254	0,244	< 0,31	0,205	> 0,177	Снижение
E286	0,257	< 0,27	0,24	> 0,187	Снижение
Билирубин	14,22	14,97	12,03	12,05	Снижение
АЛТ	1,21	> 0,87	1,105	1,28	Снижение
АСТ	0,65	0,62	0,67	0,66	-
Общий белок	76,79	76,31	74,17	> 72,31	Снижение
Альбумины	63,87	61,86	60,44	57,84	-
Глобулины					
Альфа-1	5,63	> 4,24	4	3,98	Снижение
Альфа-2	7,26	> 6,4	6	6	Снижение
Бета	9,46	9,35	8,66	9	Снижение
Гамма	14,82	14,98	14,06	13,95	Снижение
Белково-связ. Са	3,87	< 5,05	3,92	< 4,93	-

Примечание: количество обследованных 113 человек. Достоверно изменившиеся за сеанс показатели помечены в графе "после сеанса" знаками - "<" (дост. увеличение) и ">" (дост. снижение). Достоверное изменение показателя за курс гипнотерапии отмечено в последней графе таблицы.

Особый интерес представляют данные в группах значительного улучшения состояния и улучшения состояния в результате психотерапии неврозов (см. таб.5, 6). Положительная динамика показателей при значительном улучшении

состояния наиболее отчетлива. Группа значительного улучшения состояния по фоновым данным отличается устойчивостью регуляции, низкой напряженностью обмена холестерина, билирубина, достаточной функциональной активностью иммунной системы, слабым влиянием на обменные и иммунные процессы показателей аутоинтоксикации. Для фоновых данных при улучшении состояния характерны большая напряженность обмена холестерина, билирубина, снижение функциональной активности иммунной системы, выраженное влияние показателей аутоинтоксикации на процессы обмена, иммунный статус, лейкоцитарный пул крови. Большинство показателей тесно взаимосвязаны, их регуляция неустойчива.

Таблица 5.

Динамика значимых гематологических, иммунологических биохимических показателей в процессе гипнотерапии при значительном улучшении состояния

Показатели	Значительное улучшение состояния			
	Начальный сеанс		завершающий сеанс	Динамика в период гипнотерапии
	до сеанса	После сеанса		
Лейкоциты	7020	> 5507	5840	Снижение
Сегментоядерные нейтрофилы	53,8	57,96	53,7	-
Эозинофилы в 1 мл	34,16	33,25	37,26	-
ИСТ-тест спонтанный	0,317	< 0,303	0,262	-
ЦИК	27,76	< 33,62	14,56	Снижение
IGM	2,25	1,99	1,74	Снижение
IGJ	15,08	< 17,46	13,68	-
IGA	2,44	< 3,07	2,09	-
Холестерин	2,45	1,96	1,91	Снижение
E254	0,121	> 0,103	0,095	-
E286	0,125	> 0,113	0,104	Снижение
Билирубин	7,128	< 7,74	5,221	Снижение
АЛТ	0,68	> 0,49	0,55	-
Общий белок	73,6	< 74,54	71,36	Снижение
Глобулины:				
альфа-1	4,13	< 4,26	3,76	Снижение
альфа-2	6,42	6,51	5,74	Снижение
Бсга	9,2	< 9,80	7,83	Снижение
Гамма	13,57	14,29	12,81	-
Белково-связанный Са	6,62	< 7,41	7,47	Повышение
Количество обследованных	33			

Примечание: Достоверно изменившиеся в течение сеанса гипноза показатели помечены в графе "после сеанса" знаками - "<" (достоверное увеличение) и ">" (достоверное снижение). Достоверное изменение показателя в течение курса гипнотерапии отмечено в последней графе таблицы.

При значительном улучшении состояния в результате гипнотерапии происходит оптимизация обмена холестерина, билирубина, белкового обмена, гуморального иммунитета, однако, качественных, перемен не происходит. Гипнотерапия выявляет изначальную биологическую устойчивость функционирования

ния организма, оптимизирующуюся в ходе лечения. При улучшении состояния в результате гипнотерапии происходит позитивная качественная перестройка биологических функций организма с активизацией белкового обмена, иммунной системы, снижением функциональной значимости обмена холестерина, билирубина, аутоинтоксикации, что выявляет изначальную неустойчивость биологического гомеостаза.

Таблица 6

Динамика значимых гематологических, иммунологических, биохимических показателей в процессе гипнотерапии при улучшении состояния

Группа Показатели	Улучшение состояния			
	Начальный сеанс		Завершающий сеанс	Динамика в период гипнотерапии
	до сеанса	после сеанса	до сеанса	
Лейкоциты	6530	> 4790	6360	Снижение
Сегментоядерные нейтрофилы	53,18	48,72	44,75	-
Эозинофилы в 1 мл	87,97	> 72,40	54,22	-
НСТ-тест спонтанный	1,015	0,42	1,68	-
ЦИК	45,56	42,31	25,96	-
IGM	3,18	> 2,0	2,18	-
IGJ	11,98	14,62	9,218	-
IGA	2,17	2,40	1,65	-
Холестерин	3,00	2,73	2,49	Снижение
E254	0,152	0,15	0,11	-
E286	0,608	0,151	0,692	-
Билирубин	10,35	> 9,14	7,03	-
АЛТ	3,55	> 0,49	3,137	-
Общий белок	65,57	< 67,25	56,64	-
Глобулины:				
альфа-1	5,52	> 3,89	3,49	-
альфа-2	5,98	> 5,67	5,24	-
Бета	8,26	> 7,99	7,54	-
Гамма	12,72	12,46	10,35	-
Белково-связанный Са	6,80	4,59	4,57	Снижение
Количество обследованных	30			

Примечание: Достоверно изменившиеся в течение сеанса гипноза показатели помечены в графе "после сеанса" знаками - "<" (достоверное увеличение) и ">" (достоверное снижение). Достоверное изменение показателя в течение курса гипнотерапии отмечено в последней графе таблицы.

В основе динамики гематологических, иммунологических, биохимических показателей при значительном улучшении состояния лежит преимущественная активизация белкового обмена, иммунной системы. В основе динамики тех же показателей при улучшении состояния лежат преимущественная активизация белкового обмена, процессов детоксикации, активация иммунной системы носит ограниченный характер. Результаты гипнотерапии неврозов определяются степенью устойчивости биологического гомеостаза. При незначительных количественных нарушениях биологического гомеостаза в процессе гипно-

терапии происходят оптимизационные количественные перемены, не затрагивающие структурных основ системы. При значительных расстройствах биологического гомеостаза в процессе гипнотерапии осуществляется качественно сложная, и менее эффективная перестройка, не приводящая к полноценному функционированию гомеостатической системы.

Динамика гематологических и иммунологических показателей в течение сеанса и курса гипнотерапии носит паттерновый характер, включая умеренный нейтрофилез, лимфопению, моноцитопению, эозинопению, некоторую количественную иммунодепрессию. Данный паттерн изменений системы крови известен как стресс-реакция, эозинопения и лимфопения связываются с активацией при стрессе гипофизарно-адреналовой системы (Селье Г., 1979).

В ходе гипнотерапии реакции нейтрофилеза, лимфопении, эозинофилии сглаживаются, функциональная значимость их снижается, что сопровождается перестройками биологического гомеостаза, способствуя повышению общей резистентности. Выявленное повышение биологической резистентности, ее различия при разной эффективности гипнотерапии также указывают на формирование стресс-резистентности и укладываются в канву эустресса. Следовательно, в основе биологического эффекта гипнотерапии лежит реакция эустресса, инициируемая наличием гипнотического состояния, а не частными суггестивными формулами и приемами. Суггестия, психологическое воздействие - регулятор интенсивности развивающейся стресс-реакции.

Наиболее значима проблема коррекции гипногенным эустрессом конкретных индивидуальных биологических расстройств. В ходе исследования отмечено, как повышение, так и снижение количества лейкоцитов в крови на начальном сеансе. При повышении уровня лейкоцитов в результате гипнотерапии их начальное количество снижено, при снижении уровня - начальное количество лейкоцитов повышено. В ходе гипнотерапии происходит оптимизация показателя лейкоцитов крови. Очевидно, подобная оптимизация лежит в основе динамики всех биологических показателей при реакции гипногенного эустресса. Содержание лейкоцитов в периферической крови контролируется оппонентными медиаторными системами: адреналин-норадреналиновой, и ацетилхолиновой (Кассирский И.А., Денщикова Д.И., 1974). Следовательно, выявленная разнонаправленная динамика показателя лейкоцитов находится под контролем адреналин-норадреналиновой и ацетилхолиновой медиаторных систем, интегрированных в структуру вегетативного регулирования организма на основе принципа двойной реципрокной симпатической, парасимпатической иннервации. Сходным образом ведет себя и показатель сегментоядерных нейтрофилов, моноцитов.

Динамика гематологических, биохимических, иммунологических показателей крови под влиянием гипнотерапии выявляет два класса динамических показателей. Первый включает показатели с постоянным динамическим вектором: эозинофилы, лимфоциты, большинство иммунологических показателей, для которых характерно снижение в процессе сеанса гипнотерапии. Динамика данных показателей контролируется стресс реализующими гормонами гипофизарно-адреналовой системы (Абрамов В.В., 1988): АКТГ, гормонами коры надпочечников. Второй класс включает показатели с переменным динамическим вектором: лейкоциты, сегментоядерные нейтрофилы, моноциты, для которых характерна динамика от исходного уровня к оптимуму со снижением при изначальном повышении и повышением при изначальном низком уровне. Их динамика контролируется адреналин-ацетилхолиновыми медиаторными влияниями вегетативной нервной системы, ее симпатическим и парасимпатическим отделами на основе принципа двойной реципрокной иннервации.

Экспериментально, в сопоставлении с контрольными данными, установлено влияние курса гипнотерапии на уровень экскреции свинца с мочой. Исследование проведено на 40 обследуемых с профессиональным контактом с парами свинца. Определялось содержание свинца в моче обследуемых до и после 5-8 сеансов гипнотерапии. Выделено три типа динамики экскреции свинца с мочой в ответ на гипнотерапию: 1) повышение экскреции; 2) снижение экскреции; 3) отсутствие динамики экскреции. Экспериментально установлено влияние курса гипнотерапии на суммарную радиоактивность организма. Исследование проведено на 22 обследуемых со средовым контактом с долгоживущими элементами и изотопами: цезием-137, стронцием-90, радием-226, ураном-238 и др. Суммарная радиоактивность организма (в $\mu\text{к}/\text{ку}$) определялась до и после курса гипнотерапии из 5-8 сеансов методом СИЧ. Выделено три типа динамики суммарной радиоактивности организма в ответ на гипнотерапию: 1) снижение; 2) повышение; 3) отсутствие динамики суммарной радиоактивности. Результаты представлены в таблице 7, 8.

Таблица 7

Динамика экскреции свинца с мочой при гипнотерапии

Тип динамики	Количество обследованных	Средние величины экскреции свинца		Достоверность динамики
		до гипнотерапии	после гипнотерапии	
Повышение экскреции	22	0,030	0,048	$p > 0,99$
Отсутствие динамики	5	0,046	0,046	-
Снижение экскреции	13	0,061	0,033	$p > 0,99$

Динамика суммарной радиоактивности организма при гипнотерапии

Тип Динамики	Количество обследованных	Средние величины суммарной радиоактивности		Достоверность динамики
		до гипнотерапии	после гипнотерапии	
Снижение суммарной радиоактивности	14	06,0925	0,0638	$p > 0,98$
Отсутствие динамики	3	0,0680	0,0690	-
Повышение суммарной радиоактивности	5	0,0638	0,0740	-

Сопоставление данных динамики кинетики метаболизма свинца и долгоживущих радионуклидов тяжелых металлов при гипнотерапии ведет к следующим заключениям: 1) кинетика метаболизма тяжелых металлов при длительном поступлении в организм обладает трехступенчатой фазностью (активное выведение, пассивное депонирование, активное депонирование); 2) гипнотерапия выступает в роли неспецифического мощного биологического адаптивного фактора, выявляющего одну из фаз кинетики метаболизма тяжелых металлов.

Динамика кинетики метаболизма тяжелых металлов под влиянием гипнотерапии находится под реципрокным вегетативным контролем.

Биологические механизмы гипнотерапии

Нами, по опосредованным, но однозначно признанным в исследованиях системы крови признакам выделены первичные и вторичные эффекты гипнотерапии. Первичные биологические эффекты: 1) нейро-гормональные; 2) нейромедиаторные. К нейрогормональным эффектам гипноза относятся показатели динамики эозинофилов и другие, рассмотренные выше. Нейромедиаторные динамические эффекты гипноза с реципрокным влиянием на симпатическое (адреналин) и парасимпатическое (ацетилхолин) звенья вегетативной нервной системы выявляются по двум вариантам реакции лейкоцитов: снижению и повышению их количества. Опосредованные биологические эффекты гипнотерапии: 1) иммунологические эффекты; 2) детоксикационные эффекты; 3) активация белкового обмена; 4) активация обмена билирубина; 5) активация обмена холестерина; 6) динамическое влияние на кинетику метаболизма тяжелых металлов. Иммунологические эффекты при гипнотерапии включают целостную реакцию клеточного и гуморального звеньев иммунной системы. Гипнотерапия существенно снижает содержание аутоинтоксикантов в организме. Гипнотерапия активизирует белковый обмен и активность соответствующих ферментативных систем организма, обмен билирубина, холестериновый обмен, со снижением, нормализацией содержания холестерина в крови. Впервые выявлено реципрокное

влияние гипнотического состояния, гипнотерапии на динамику метаболизма тяжелых металлов. Большинство изучаемых показателей меняются в сторону нормализации. Источником биологического воздействия гипнотерапии выступает стресс-реакция, что порождает вопрос об источниках и путях саногенной канализации гипногенного стресса.

Вторично-феноменологическая модель гипноза

Гипнотическое состояние может изучаться первично-феноменологическим, инструментально-феноменологическим, вторично-феноменологическим методами. Исторически первым методом был первично-феноменологический. Второй, инструментально-феноменологический метод широко применяется в последние десятилетия. Он основан на инструментальном исследовании функций мозга, организма, поведения при различной глубине гипнотического состояния, в сопоставлении с бодрствованием, сном. Третий, вторично-феноменологический метод изучения природы гипноза и гипнотерапии получает развитие лишь в последние годы, благодаря появлению целостных моделей строения и функционирования мозга во взаимосвязи с поведением высших животных и человека, полученных вне гипноза. Некоторые нейрофизиологические модели обладают проработанной сенсорной и поведенческой феноменологией. Сравнение феноменологии нейрофизиологической модели сенсорных систем мозга с сопоставимой феноменологией гипнотического состояния, выявление совпадающих паттернов позволит перейти к описанию гипноза нейрофизиологическим языком данной модели. Описание гипноза языками нескольких нейрофизиологических моделей мозговой деятельности и последующее сопоставление таких вторично-феноменологических моделей гипноза может привести к их интеграции. Полученная вторично-феноменологическая модель гипнотического состояния доступна проверке инструментально-феноменологическим методом.

Для построения вторично-феноменологической модели гипноза привлечены нейрофизиологические модели: течения зрительных последовательных образов Баллонова Л.Я.(1971); переработки зрительной информации Глезера В.Д. (1993); строения и функции интегративно-анализирующей системы мозга Кратина Ю.Г. (1977-1987).

Интегрированная вторично-феноменологическая модель гипнотического состояния

В основу нашей модели гипнотического состояния положены следующие полученные нами экспериментально положения.

1. Феноменология зрительной репродукции в гипнозе включает “представление” и “видение” цветового ощущения и образа. В первой стадии гипноза существует представление, во второй стадии оно проявляется в осознанной и неосознанной формах, разобщено с репродуцируемым ощущением и образом, в третьей стадии представление поглощается репродуцируемым образом, а ощущение также образно.

2. Реализация внушенных цветовых ощущений возможна со второй стадии, включая третью. Реализация внушения цветовых образов в полной мере происходит в третьей стадии гипноза. Во второй стадии гипноза репродуцированный цвет и образ плоскостны и волнообразно затухают. В третьей стадии репродуцированный цвет и образ объемны и постоянны во времени.

3. Репродуцированный в гипнотическом состоянии хроматический цвет подвержен явлению трансформации в двух вариантах: ахроматической - в серый, черный цвета; хроматической - репродукции иного хроматического цвета. Явления ахроматической трансформации и структурности (мелкие обесцвеченные структуры) обусловлены недостаточной активацией мозга.

4. Внушение цветовых ощущений в гипнозе вызывает отчетливое, направленное (седативное либо активирующее), безусловное, комплексное воздействие на человеческую психику, и организм в целом. Внушение цветовых образов, в седативных цветах приводит к нерезкой общей активации.

Данные положения сопоставлены с феноменологическими коррелятами нейрофизиологических теорий Л.Я. Балонова, В.Д. Глезера, Ю.Г. Кратина.

Итак, при углублении гипнотического состояния репродукция зрительного внушения смещается от “представления” к “видению”. Если “представление” и “видение”, соответствуют бодрствованию и сомнамбулизму, то I, II ст. гипноза характеризуют процесс перехода от одного состояния к другому. По мере углубления гипнотического состояния осуществляется переход от инвариантного типа зрительной репродукции, “представления”, вырожденного описания, к неинвариантному, конкретному “видению”. Репродукция зрительных внушений во II ст. гипноза, отражает качественный переход от “представления” к “видению”, сочетая в себе элементы, присущие “представлению” (плоскостность, фрагментарность, абстрактность, незнакомость), несущему признаки инвариантности, с наличием “видения”, являющимся свидетельством неинвариантности зрительной репродукции. Если в процессе развития гипнотического состояния происходит переход от инвариантности опознания - запоминания - воспроизведения к их неинвариантности, то возможно рассмотрение его гипотетических механизмов. Наиболее вероятен механизм развития гипнотического состояния на основе функциональной перестройкой левого полушария с лево-

полушарного (инвариантного) на правополушарный (неинвариантный) принцип работы, ведущей к функционированию всего мозга по правостороннему принципу организации мозговой деятельности, на основе онтогенетически регрессивного функционального возврата левого полушария на правополушарные принципы работы, ведущего к организации работы всего мозга по правосторонним механизмам.

Проведенный нами анализ физиологического воздействия репродуцированного в гипнозе цвета и образа показал, что итоговое воздействие репродуцируемого в гипнозе цвета определяется результирующей репродукционной активации (аналог световой), не зависящей от качественных характеристик цвета, всегда повышающей измеряемые физиологические параметры и собственно качественными характеристиками цвета. Исследование зрительной гипнорепродукции свидетельствует о том, что углубление гипнотического состояния сопряжено с возрастанием активационных возможностей мозга. Репродукция внушенного в гипнозе зрительного образа возможна, если уровень репродукционной активации зрительного мозга достигает уровня зрительной активации приходящей сенсорной импульсацией бодрствования. В бодрствующем состоянии активирующая система мозга выполняет роль преимущественно регулятора активирующего влияния зрительной сенсорной активации по биологической (для человека и социальной) значимости стимула (Кратин Ю.Г., 1977-1987). В случае зрительной репродукции в гипнозе (при закрытых глазах) на активирующую систему мозга ложится функция “энергетического”, а не только регулятивного обеспечения деятельности мозга. Следовательно, при развитии гипнотического состояния происходит интенсивная активация активирующей системы мозга, переходящей на “автономное”, генеративно-активационное обеспечение, независимое от внешней сенсорной импульсации.

Вторая стадия гипноза характеризуется значительным повышением активности активирующей системы мозга, делающей возможной активацию высших отделов анализаторов. Третья стадия гипноза характеризуется более значительным повышением активности активирующей системы мозга, в результате происходит целостная активация интегративно-анализирующей системы мозга, что проявляется в формировании полимодальных (полисенсорных) образов на внушение мономодальных (моносенсорных), а также в построении полимодального образа на внушение отдельного элемента (ощущения цвета) образа мономодального. Состояние интегративно-анализирующей системы мозга в сомнамбулическом состоянии, при репродукции зрительных внушений, по степени активации сопоставимо с ее состоянием в бодрствовании, однако механизмы такой активации принципиально различны. В бодрствовании активирующая

система мозга играет роль регулятора активации по значимости стимула. В гипнотическом состоянии функция активации обеспечивается непосредственно самой активирующей системой мозга. Общая активация интегративно-анализирующей системы в гипнозе происходит только в ответ на специальное внушение; вне которого активация охватывает преимущественно активирующую систему. При отсутствии внушений, адресованных высшим отделам анализаторов, общий уровень активации мозга в гипнозе будет, ниже, чем в бодрствовании.

Полученную в результате исследований интегрированную вторично-феноменологическую модель гипнотического состояния мы представляем следующим образом.

1. Развитие гипнотического состояния у человека требует создания первичной, либо вторично-символической, использующей коммуникативные средства, гипногенной ситуации. В развитии гипнотического состояния задействованы: а) “шоковые” паттерновые механизмы ограничения чрезмерной активации мозга на оценку гипногенной ситуации, в которой принятие решения и (или) его исполнение в филогенетически древней двигательной форме невозможно; б) механизмы ограничения внешней сенсорно-распределительной активации мозга, при сохраняющейся потребности поддержания определенного уровня активации одного - слухового, - либо нескольких анализаторов. Оба механизма развития гипнотического состояния определяются качественной перестройкой активирующей системы мозга, переходящей с режима регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсацией на режим генерации активации мозга. Собственно активационные возможности активирующей системы при этом существенно возрастают. “Шоковые” паттерновые механизмы гипнотизации с большей вероятностью приводят к сомнамбулическому состоянию.

2. Сомнамбулическое состояние - III ст. гипноза - является физиологическим состоянием, сопоставимым с бодрствованием и сном, тогда как I, II ст. гипноза характеризуют переходный процесс от состояния бодрствования к сомнамбулическому, отражая его стадии. Активационные возможности мозга во II, III ст. гипноза различны. Во II ст. состояние подкорковых звеньев активирующей системы характеризуется повышенной генеративной активностью. В ответ на сенсорно-зрительное внушение во II ст. гипноза происходит изолированная, часто неполная активация центральных отделов анализаторов. Генеративно-активационные возможности мозга в III ст. гипноза максимальны и достигают уровня активации бодрствования. В сомнамбулическом состоянии возможна целенаправленная, целостная активация интегративно-анализирующей системы мозга.

3. В процессе развития гипнотического состояния в левом полушарии у правшей происходит переход на правополушарный режим функционирования по инверсивным механизмам, обратным формированию функциональной специализации полушарий в онтогенезе, с перестройкой работы всего мозга по правостороннему принципу. Переключение левого полушария и всего мозга на правополушарный режим функционирования обусловлено переключением активирующей системы с регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсацией на генерацию активации мозга.

В рамках вторично-феноменологической модели гипноза описаны два компонента пусковых механизмов гипногенного стресса. Первый, психогенный компонент - оценка значимости субъектом гипногенной ситуации. Возрастание ее повышает гипнабельность, глубину гипноза, интенсивность развивающегося гипногенного стресса. Второй, нейрогенный компонент основан на запуске стресс-реакции функциональной перестройкой в активирующей системе и коре головного мозга, в момент развития гипнотического состояния. Его стрессогенность также усиливается по мере углубления гипнотического состояния.

Полученная нами теоретическая модель гипноза должна иметь по меньшей мере три ЭЭГ коррелята. Активационный ЭЭГ коррелят, отражающий активацию активирующей системы мозга проявится (Жирмунская Е.А., 1988, 1989) усилением высокочастотных потенциалов в β_2 диапазоне (от 25гц и выше), что показано при ЭЭГ исследованиях гипноза (V.DePascalis, P.M.Penna, 1990). Кроме того, активация мозга двусторонне повысит мозговой кровоток (Зенков Р.Л., Ронкин М.А., 1991), что так же установлено для гипноза (H.K.Meyer, B.J.Dichl, P.T.Ulrich, G.Meinig, 1991). Коррелят перестройки левого полушария по правостороннему принципу должен проявиться исчезновением межполушарной функциональной асимметрии (Зенков Р.Л., 1996), что подтверждено при ЭЭГ исследованиях в гипнозе. H.J.Crawford, K..Crawford, B..J.Koperski (1993) установили отсутствие межполушарной асимметрии. Данные L.R.Frumkin, H.S.Ripley, G.B.Cox (1979), J.Granney, K.M. McConkey (1980), A.C.Chen, S.F.Dvorkin, D.S.Bloomquist (1981), J.Gruzelier, T.Brown, A..Perry, J.Rhonder, M.Thomas (1984) о доминантности правого полушария в гипнозе также соответствуют нашей модели. И, наконец в обзоре P.Jasiukaitis, P.Nouriani, K.Hugdahi, D.Spiegel (1997) выделена роль левого полушария в развитие гипноза, строится левополушарная теория гипноза. Третий ЭЭГ коррелят регрессивной онтогенетической инверсии функционирования мозга следует искать в инверсии возрастной генерализации (Фарбер Д.А., Фрид Г.М., 1982) локализованных для бодрствования основных ритмов биоэлектрической активности мозга в гипнозе, что описывается в исследовании H.J.Crawford с соавторами (1993).

Итак, ЭЭГ исследования гипноза подтверждают нашу модель гипноза

Биологическая модель гипнотерапии

Предлагаемая модель терапевтических механизмов гипнотерапии основана на нашей модели развития неспецифического патологического процесса, интегрировавшей: теорию стресс-адаптации Селье Г.(1979), доминирующей адаптационной системы Мейерсона Ф.З. (1981, 1988), устойчивых патологических состояний Бехтеревой Н.П. (1971), рефлексологии Ананина В.Ф. (1992).

Курс гипнотерапии рассматривается нами как процесс адаптации к коротким стрессорным воздействиям, с характерными для данного класса стрессогенных биологическими свойствами. Но, существуют значимые различия гипногенного стресса и иных стрессогенных. Гипногенный стресс - преимущественно эндогенный процесс с умеренно высокой общей интенсивностью стресс-реакции, адаптационным субстратом которого предстает вся нервная система в совокупности взаимосвязей с организмом, а компоненты реадaptации и перекрестной резистентности интегрируются адаптационным компонентом. Принадлежность гипногенного стресса к стрессогениям ограничивает терапевтическое использование гипноза и гипнотерапии, поскольку, при чрезмерной интенсивности гипногенного стресса он может перейти из звена реадaptации в звено дезадаптивного патогенеза; неограниченно длительная гипнотерапия с умеренной интенсивностью гипногенного стресса может привести к снижению и истощению адаптационных ресурсов организма.

Мы полагаем, что генерализованный гипногенный стресс вызывает явление перераспределения энергетического потенциала ретикулярной формации (РФ) головного мозга с мобилизацией, "перекачиванием" энергии стресс-реакции на микрзоны РФ-гамма (мРФ) имеющих патологических очагов. Полученное избирательное приращение потенциала мРФ патологических очагов ведет к усилению их активирующей функции в адрес пораженных органов в русле реадaptации. Динамика реадaptивного процесса определяется восстановлением реципрокных соотношений симпатотонической и ваготонической регуляции в рамках двойной реципрокной иннервации и происходит на основе считывания хранящихся в долговременной памяти информационных матриц нормального и патологического устойчивого состояний организма и связующего их процесса дезадаптации. Реадaptационный процесс развивается, опираясь на обратное считывание дезадаптационной информационной матрицы.

Эффективность гипногенной реадaptации зависит от устойчивости исходного патологического состояния. Завершенная реадaptация от исходного

патологического устойчивого состояния более вероятно, чем реадaptация от исходного "незавершенного" процесса дезадаптации. Выявленные нами различия эффективности психотерапии неврозов указывают на исходное устойчивое патологическое состояние в случаях значительного улучшения состояния и на исходную незавершенную дезадаптацию в случаях улучшения состояния.

Анализ нейрофизиологических механизмов динамики спонтанной ноцицепции при гипнотерапии острых и хронических патологических процессов приводит к следующим выводам: 1) гипнотерапия активирует нейрофизиологические механизмы саморегуляции патологического процесса; 2) при острых патологических процессах гипнотерапия одновременно стимулирует саморегуляционную санацию и анальгезию патологического очага; 3) при хронических патологических процессах гипнотерапия первоначально переводит патологический очаг из хронического в острое состояние, а затем запускает процессы его санации и анальгезии по механизмам, близким к таковым для острых патологических процессов.

Проективный механизм гипнотерапии

Рассмотренный ранее функциональный регресс мозговой деятельности в гипнозе к уровню препубертата охватывает физиологический и психологический уровни. Мы считаем, что развитие гипнотического состояния приводит к регрессу восприятия гипнотика, с актуализацией механизмов инфантильной, атрибутивной проекции (Л.Ф. Бурлачук, 1979) в восприятии собственного гипнотического состояния, гипнотической реальности. Гипнотическая реальность представлена перцептивно-проективным анализом актуализированной сенсорной и мнестической информации гипнотика. Воздействие в гипнотерапии, независимо от директивности, недирективности подхода, строится на прямом, либо косвенном внушении. Следовательно, любое гипнотическое внушение реализуется проективно. В механизме проекции выделяют аутохтонный и поведенческий компоненты. Аутохтонный компонент определяется перцептивной организацией индивида. Поведенческий компонент включает личностную и ситуативно-реактивную составляющие. Степень проективности восприятия в гипнозе существенно выше таковой в бодрствовании. Гипнотическая реальность становится, по сути, проекцией личности, все элементы которой являются проявлениями личности и ее ситуации. Любая гипнотерапия, директивная и недирективная меняют состояние и личность пациента посредством проективных преобразований. Осознанное использование проективных механизмов, основанное на понимании того, что элементы, объекты гипнотической реальности - проявления личности и ее ситуации, и их изменения способны в свою очередь менять

личность и ее ситуацию, открывает новые возможности для гипнотерапии

Психологические механизмы гипнотерапии неврозов и неврозоподобных состояний

Анализ психологических механизмов гипнотерапии основывался на гипотезе о связи терапевтического эффекта гипнотерапии не только с особенностями психологической коммуникации при гипнотерапии, но и с ответной психологической (психобиологической) реакцией индивида на само наличие гипнотического состояния, на гипногенный стресс. Поэтому в ходе исследования предпринято изучение интрапсихических, внутриличностных механизмов гипнотерапии. Исследование проведено на 99 больных неврозами (у 64 в результате гипнотерапии отмечено значительное улучшение, у 35 - улучшение состояния) и 39 больных неврозоподобными состояниями экзогенно-органического генеза (значительное улучшение и улучшение состояния представлено соответственно 23 и 16 случаями). Показатели ММРІ определялись двукратно, до и после лечения. Полученные данные представлены в таблице 9, 10. При математической обработке данных использованы методы определения средних величин, тест Т Шеллинга-Вольфейля, факторный анализ.

Таблица 9

Показатели ММРІ и их динамика в группах значительного улучшения и улучшения состояния при гипнотерапии неврозов

ПОКАЗАТЕЛЬ	ЭФФЕКТ ГИПНОТЕРАПИИ					
	значительное улучшение состояния			улучшение состояния		
	до терапии	после терапии	динамика показателя	до терапии	после терапии	динамика показателя
L	49,02	66,97	повышение	47,57	47,89	-
F	68,3	60,7	снижение	68,26	66,17	снижение
K	51,47	55,36	повышение	50,37	50,94	-
1	69,94	62,52	снижение	68,4	65,74	снижение
2	68,75	62,23	снижение	68,66	67,37	снижение
3	69,16	60,05	снижение	66,17	65,77	-
4	66,2	61,73	снижение	64,06	65,06	снижение
5	62	60,5	снижение	59,17	58,69	-
6	69,44	62,05	снижение	72,51	66,37	снижение
7	70,44	64,84	снижение	69,29	65,23	снижение
8	72,84	63,94	снижение	72,34	66,6	снижение
9	54,8	51,25	снижение	56,34	54,63	снижение
0	58	55,47	снижение	58,89	56,26	снижение
2-9	13,95	10,98	снижение	12,31	12,74	-
Число пациентов	64			35		

Показатели ММРІ и их динамика в группах значительного улучшения и улучшения состояния при гипнотерапии невротоподобных состояний

ПОКАЗА- ТЕЛЬ	ЭФФЕКТ ГИПНОТЕРАПИИ					
	значительное улучшение состояния			улучшение состояния		
	до терапии	после тера- пии	динамика показа- теля	до тера- пии	после те- рапии	Динамика показателя
L	51,09	50,52	-	52,94	53,188	-
F	69,43	69,13	снижение	68,31	63,313	снижение
K	51,43	53,13	повышение	51	52,875	повышение
1	68,74	63,13	снижение	70,44	68,125	снижение
2	66,35	62,48	снижение	70,31	67,688	снижение
3	64,91	61,65	снижение	65,38	64,75	-
4	63,48	60,87	снижение	61,38	61,375	-
5	60,35	56,91	снижение	57	57,625	повышение
6	65,35	61,52	снижение	64,63	61,688	снижение
7	66,83	64,26	снижение	66,19	63,125	снижение
8	72	68,48	снижение	65,75	61,313	снижение
9	50,91	52,26	повышение	48,56	48,75	-
0	62,43	59,09	снижение	63,06	60,75	снижение
2-9	15,43	10,22	снижение	21,75	18,938	снижение
Число паци- ентов	23			16		

Анализ результатов математической обработки данных психологического исследования в процессе гипнотерапии невротоподобных состояний показал, что в случае невротоподобных состояний позитивная клиническая динамика, независимо от конечной эффективности, определяется сдвигами в эмоциональной сфере. При значительном улучшении состояния в процессе гипнотерапии невротоподобных состояний позитивная динамика эмоциональной сферы приобретает интегрированный характер. При улучшении состояния в процессе гипнотерапии невротоподобных состояний позитивная динамика эмоциональной сферы проявляется фрагментарно, изолированно, ведет к количественному снижению уровня нервно-психического напряжения.

В отличие от невротоподобных состояний, терапевтическая динамика невротоподобных состояний обусловлена первичными сдвигами в сфере "личностно-поведенческого" реагирования, поведения, сопряженного с улучшением общесоматического состояния. При значительном улучшении состояния в процессе гипнотерапии происходит целостная позитивная динамика показателей общесоматического состояния, "личностно-поведенческого" реагирования, тогда как эмоциональная сфера не претерпевает существенных преобразований. В случае улучшения состояния в процессе гипнотерапии позитивная динамика "личностно-поведенческого" реагирования фрагментарна, частична, но при этом сопряжена с динамикой эмоциональной сферы, подвергшейся деформации

в ходе предшествующего развития патологического процесса.

Анализ интрапсихических механизмов психотерапии проведен нами с привлечением понятия системы психологических защит личности (СПЗЛ) (Зацепицкий Р.А., 1980; Савенко Ю.С., 1974) и ее динамики при психотерапии, с позиции психического гомеостаза (Березин В.Ф., 1988; Бехтерева Н.П., 1988). Нами рассмотрены прогрессивная, регрессивная, реактивационная динамики СПЗЛ. При прогрессивной динамике СПЗЛ развивается новый, высший "уровень" психологических защит (ПЗ), определяющий функционирование всей системы и перекрывающий недостаточность ПЗ предшествующего "уровня". Прогрессивная динамика СПЗЛ свойственна периоду личностного становления, позже может стимулироваться психогенной дефицитностью системы, психотерапией. При регрессивной динамике СПЗЛ вследствие психотравмы происходит дезинтеграция высшего "уровня" ПЗ с активацией предшествующего в онтогенетическом отношении, берущего на себя регулятивные функции. Реактивационная динамика заключается в восстановлении функции исходного высшего "уровня", нарушенного предшествовавшей регрессивной его динамикой.

Мы полагаем, что необходимость в психотерапевтическом воздействии возникает: 1) в случае обратимого психогенного блокирования механизмов нормальных, высших ПЗ с регрессивным включением патологических защитных механизмов, что свойственно неврозам (реакциям, состояниям), непсихотическим реактивным состояниям, реакциям острого психического стресса и их последствиям, посттравматическим стрессовым расстройствам; 2) при дефицитности ПЗ, изначальной - при психопатиях либо приобретенной - при психопатоподобных, неврозоподобных состояниях экзо-эндогенной природы, невротических развитиях. Механизмы эффективной психотерапии при обратимом блокировании и дефицитности СПЗЛ различны. Психотерапия психогений строится на реактивации ПЗ, тогда как психотерапия психопатий, психопатоподобных, неврозоподобных состояний, невротических развитий основана на формировании высшего "уровня" ПЗ по механизмам интериоризации высших психических функций.

Анализ и обсуждение представленных материалов позволили сформулировать следующие положения.

1. Тождественная групповая гипнотерапия при неврозах и неврозоподобных состояниях оказывает отчетливое терапевтическое воздействие по механизмам, различающимся как для групп с единой нозологией и различным терапевтическим эффектом, так и для групп с различной нозологией. Такое саногенное психологическое действие соответствует механизмам биологически-стрессового действия гипнотерапии, активируя механизмы интрапсихической

саморегуляции.

2. Интрапсихические механизмы гипнотерапии неврозов и неврозоподобных состояний качественно различны. Терапевтическая динамика при неврозах находится в прямой зависимости от позитивной динамикой эмоциональной сферы. При значительном улучшении состояния в процессе гипнотерапии позитивная динамика эмоциональной сферы приобретает целостный, интегрированный характер, при улучшении состояния она проявляется фрагментарно и ведет лишь к количественному снижению уровня нервно-психического напряжения. Терапевтическая динамика неврозоподобных состояний обусловлена первичными сдвигами в сфере “личностно-поведенческого” реагирования, поведения, сопряженного с улучшением общесоматического состояния. При значительном улучшении состояния в процессе гипнотерапии происходит целостная позитивная динамика общесоматического состояния, “личностно-поведенческого” реагирования, тогда как эмоциональная сфера, изначально слабо вовлеченная в патологический процесс, не претерпевает существенных преобразований. В случае улучшения состояния в процессе гипнотерапии позитивная динамика “личностно-поведенческого” реагирования фрагментарна, частична, но при этом сопряжена с динамикой эмоциональной сферы, подвергшейся деформации в ходе предшествующего развития патологического процесса.

3. Теоретические положения о реактивационной динамике СПЗЛ при эффективной гипнотерапии неврозов и динамике формирования СПЗЛ при эффективной гипнотерапии неврозоподобных состояний получили эмпирико-статистическое обоснование. Работоспособность понятий реактивации и формирования СПЗЛ повышает значимость самой модели иерархической системы СПЗЛ и ее места в определении как интрапсихически-внутриличностного компонента гипнотерапии. Принятие модели СПЗЛ имеет клинические, психологические следствия, определяя целостный подход к гипнотерапии психогений и неврозоподобных состояний.

4. Полученные данные свидетельствуют о зависимости эффективности проводимой гипнотерапии от исходной структуры СПЗЛ и ее биологических первооснов. Данный вывод принципиален, поскольку он радикально расширяет представление о том, что эффективность гипнотерапии зависит исключительно от ее “правильности” в смысле концептуальной направленности и применяемого метода.

5. Крайним вариантом, характеризующим зависимость динамики СПЗЛ от ее исходной структуры, служит явление спонтанного частичного включения механизмов формирования СПЗЛ в гипнотерапии неврозов с клиническим эффектом улучшения состояния. Данное явление эмпирически описывает переход

между психогениями и неврозоподобными состояниями, хорошо известный клинически.

Социальная сторона жизни человека, включаясь в психотерапевтический процесс, в том числе и при гипнотерапии, должна играть существенную роль, влияя на результативность лечения. Представления людей о причинах болезней и их лечении закономерны и образуют сложно организованную систему - "модель болезни и терапии" - совокупность наиболее обобщенных знаний, представлений людей о заболеваниях и методах их лечения. Нами проведено экспериментально-психологическое исследование "модели болезни и терапии" с помощью специально разработанной методики на основе техники ранговой решетки (Баннистер Д., 1987). Приведем характерную факторную матрицу учащихся школы экстрасенсов (см. таблицу 11). По результатам математического моделирования данных методом факторного анализа получены три "модели".

Таблица 11

Факторная матрица "модели болезни и терапии"

Фактор	Название фактора	Переменные и их значения
F1	Магическая терапия	Лечение знахаря (0,76), Акупунктура(0,72), Психотерапия (0,68), Лечение костоправа (0,63)
F2	"Внутренние методы терапии"	Инъекции (0,78), Капельницы (0,74), Настойки (0,59), Таблетки (0,57)
F3	"Внешние" методы терапии	Электролечение (0,82), Бальнеолечение (0,75), Массаж (0,62)
F4	-	Современная техническая терапия (0,73)
F5	-	Хирургия (0,78)
F6	-	Лечение экстрасенса (0,83)
Количество обследованных		106
Дисперсия		81%

1. Современная поликомпонентная "модель болезни и терапии", которая состоит из блоков: 1) консервативной терапии; 2) радикальной терапии; 3) традиционной терапии, интроецировавшей "внешние" и "внутренние" методы лечения предшествующей "модели"; 4) терапии психическими средствами (психотерапии).

2. Предшествующая двухкомпонентная "модель болезни и терапии" состоящая из блоков: 1) "внешних" методов традиционной терапии; 2) "внутренних" методов традиционной терапии.

3. Наиболее ранняя из выявляемых трехкомпонентно-магическая "модель болезни и терапии" состоящая из блоков: 1) заговорно-обрядовой магической терапии; 2) "внешних" методов традиционной терапии; 3) "внутренних" методов традиционной терапии.

"Модель болезни и терапии" массового сознания представляет иерархи-

ческую, многослойную “сферическую” структуру, каждый слой-уровень которой соответствует определенному историческому этапу развития. Ее функционирование определяется высшим, современным слоем-уровнем. Возможны три варианта динамики “модели болезни и терапии”. Первый - прогрессивной динамики, с формированием нового высшего, системообразующего уровня “модели болезни и терапии. Второй - регрессивной динамики, с инактивацией высшего уровня “модели болезни и терапии” и актуализацией нижележащего, фило-онтогенетически предшествующего уровня “модели” берущего на себя системообразующие функции. Третий вариант - реаквационной динамики, при котором происходит восстановление функции исходно “внешнего” уровня “модели болезни и терапии”. Подобная динамика характерна на индивидуальном и социальном уровнях.

Психотерапевтический процесс определяется нами взаимодействием врача и пациента, а его результативность зависит от степени формирующегося соответствия “модели болезни и терапии” пациента и профессиональной “модели болезни и терапии” врача. При достаточной степени соответствия действий психотерапевта ожиданиям пациента, основанным на его “модели болезни и терапии”, происходит включение глубинных, индивидуально-психологических и биологических психотерапевтических механизмов. Психотерапевтическая методика может полностью соответствовать актуальной модели “болезни и терапии”, соответствовать ей частично либо существенно от нее отличаться. В первом случае содержание психотерапии понимается и принимается пациентом изначально и полностью. Во втором и третьем случаях при содержательном расхождении проводимой психотерапии актуальной “модели болезни и терапии” возникает необходимость их стыковки. Практически все методы психотерапии в начале работы с пациентом включают предъявление стыковочного сценария, заполняющего существующие семантические, разрывы с “моделью болезни и терапии”. Стыковочный сценарий последующей терапии с описанием целей, задач, нормативных ролей, процедур, ожидаемых результатов может быть предъявлен в структурированной форме перед началом занятий, либо прояснение сценария производится по ходу терапии, преимущественно в ее начале.

**Гипнотерапия психогенной и невротоподобных состояний
экзогенно-органического генеза
*Общие принципы гипнотерапии психогенной
и невротоподобных состояний***

В процессе гипнотерапии реализуются три терапевтических механизма. Первый является механизмом гипногенного эустресса, активирующим целесо-

образную биологическую саморегуляцию организма. Сопряженный с первым, второй стрессогенный интрапсихический механизм, рассмотрен нами в рамках активации системы психологических защит личности, с ее канализацией по путям реактивации, либо формирования. Третий носит универсальный характер, он основан на глобальной взаимосвязи психики и тела, на прямых и обратных психосоматических взаимоотношениях. Наличие описанной в предшествующей главе “модели болезни и терапии” пациента опосредует все ментальные и психосоматические суггестии, что следует учитывать, стыкуя сценарий гипнотерапии, гипнотерапии с имеющейся “моделью” пациента.

Мы считаем актуальным принцип этиопатогенетической направленности психотерапии (Мясищев В.Н., 1960; 1964, Карвасарский Б.Д., 1985, 1990). в гипнотерапии неврозов, реактивных состояний, постстрессовых расстройств и неврозоподобных состояний профессионального и экологически обусловленного генеза. Степень сродства личности к психической травме служит критериальным маркером отдельных видов психогений. При неврозах невротический конфликт традиционно определяется как личностный, внутриличностный, потому несознаваемый, малоосознаваемый. Степень сродства психической травмы к личности при реактивных состояниях ниже, чем при неврозах, поэтому она, как правило, осознается. Психогении, лежащие в основе развития острого психического стресса, внеличностны, витальны, их семантическим содержанием является непосредственная угроза жизни, здоровью индивида, а также нахождение в ситуациях массового поражения и гибели людей (Loo R., 1986).

В отечественной психотерапии клиническую картину неврозов принято соотносить с типом невротического конфликта (Мясищев В.Н., 1960). Неврастения, порождается самым “социальным” психологическим конфликтом, при котором сам индивид либо окружающая социальная среда предъявляют к нему завышенные требования. Психологическим содержанием истерического невроза являются завышенные претензии личности в сочетании с недооценкой, игнорированием объективных реалий и требований окружения. Обсессивный невроз, обусловлен конфликтом личностных ценностей и побуждений, мотиваций индивида. В отличие от неврозов, при реактивных состояниях психогения, лежащая в основе страдания, отчетливо осознается индивидом, а наличествующая клиническая картина объясняется им исходя из обстоятельств психогении.

В области целей и задач психотерапии неврозов мы солидизируемся с разработанными в реконструктивно-личностной психотерапии (Карвасарский Б.Д., 1985,1990), включающими: 1) исследование личности пациента, его эмоционального реагирования, мотивации, системы отношений; 2) анализ механизмов этиопатогенеза невроза; 3) достижение пациентом осознания психогене-

за страдания; поиск путей разрешения психотравмирующей ситуации; 4) коррекция неадекватных реакций и форм поведения. Соотнося цели и задачи клинической психотерапии с возможностями современной гипнотерапии следует различать групповую и индивидуальную гипнотерапию. При современной индивидуальной гипнотерапии, вероятно, возможна реализации большинства провозглашенных целей и задач непосредственно в ходе гипнотерапии. При групповой гипнотерапии значительная часть целей и задач (1, 2) может быть реализована вне гипнотерапии, с использованием иных форм индивидуальной, групповой психотерапии. Еще одной значимой целью психотерапии неврозов, которая успешно реализуется именно при гипнотерапии, мы считаем дистанцирование невротического конфликта.

Основная цель психотерапии реактивных состояний состоит в дистанцировании психотравмы путем соотнесения ее с основными жизненными ценностями, поиск и реализация путей преодоления пациентом травмировавшей ситуации (Ушаков Г.К., 1987).

Психический стресс (ПС) - вариант общего адаптационного синдрома, запускаемого психическим стрессором (Averil J.P., 1971). В основе пусковых механизмов психического стресса лежит интеллектуальный процесс оценки угрозы, от выраженности которой зависят включение процессов психического стресса и его последующая интенсивность. Психические реакции на острый ПС и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) весьма близки к реактивным состояниям, но реактивные состояния апеллируют к личности, преморбиду, развиваются избирательно. Постстрессовые психические реакции и ПТСР вызваны внеличностными психогениями, выходящими за пределы обыденного жизненного опыта индивида, их избирательность низка, а распространенность среди лиц, перенесших стрессовые ситуации значительно выше. Психотерапевтическая стратегия для реакций острого психического стресса и их последствий в виде ПТСР и их соматических эквивалентов, исходя из нашего понимания этиопатогенетических механизмов и опыта клинической терапии, должна опираться на следующие положения.

1. Овладение пациентом в доступной форме знания этиопатогенеза и клиники реакций острого психического стресса и их последствий, необходимых для объективной оценки пациентом собственного состояния и ситуации.

2. Расширение оценочного диапазона "обычного", "обыденного" жизненного опыта с конечной целью отнесения пациентом травмирующего события к категории "обыденного".

3. Дистанцирование, десенсибилизация травмирующего события, снижения его актуальности.

4. Купирование имеющихся соматических нарушений.

Принципы клинической психотерапии невротоподобных состояний экзогенно-органического генеза

Патологическое воздействие на организм человека широкого спектра продуктов нефтехимического производства и иных химических соединений, обладающих преимущественно общетоксическим и наркотическим действием, ведет к развитию токсических (токсико-дистрофических) энцефалопатий, в клинической картине которых преобладает невротоподобная симптоматика в сочетании с дисфункциями желудочно-кишечного тракта, функциональной недостаточностью печени, лейкопенией. Клиника невротоподобных состояний формируется преимущественно из различных сочетаний расстройств, относящихся к астеническому и вегето-дистоническому синдромам.

Основываясь на собственном опыте клинической психотерапии невротоподобных состояний, мы полагаем, что она может быть результативной в случаях, когда: 1) клиническая картина энцефалопатии ограничена синдромологией невротоподобных расстройств, отсутствуют грубо-органические поражения и, прежде всего, локальные поражения головного мозга; 2) в ходе психотерапии устраняются, ослабевают конкретные невротоподобные (астено-вегетативный, астено-депрессивный, цефалгический, ипохондрический) расстройства. Возможно развитие вторичных психогенных конфликтов и реакций, обусловленных, прежде всего астенизацией пациента по токсико-органическим механизмам и нуждающихся в соответствующем анализе и разрешении. Однако в отличие от невротозов и реактивных состояний, работа с психогенией при отсутствии положительной динамики первично-невротоподобных расстройств малоэффективна.

Формы и методы клинической гипнотерапии психогений и невротоподобных состояний на основе гипнотерапии

Оптимальной формой психотерапии невротозов (исключая невротические развития, реактивных (непсихотических) состояний, реакций острого психического стресса и их последствий (ПТСР, соматических расстройств), невротоподобных расстройств экзогенно-токсического генеза, с учетом реактивационного характера психотерапии психогенных расстройств и реальных условий работы психотерапевтов (значительный и слабодифференцированный поток больных), является интенсивная краткосрочная психотерапия. Данным требованиям, наряду с иными методами, соответствует гипносуггестивная терапия в сочетании с индивидуальной психотерапией в бодрствовании, позволяющая добиться отчетливого клинического эффекта за 8-12 дней лечения, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Гипнотерапия проводится в групповой и индивидуальной формах. Индивидуальная гипнотерапия обладает наибольшей гибкостью, однако, она существенно ограничивает поток больных психотерапевта. Групповая гипнотерапия становится неизбежно унифицированной, универсальной. По мнению Л. Шертока (1990) групповая гипнотерапия малорезультативна. Мы считаем, что групповая гипнотерапия, с учетом наличия у гипнотерапии описанных нами собственных биологических и психологических саногенных механизмов, становится результативной при выполнении условий: 1) эффективная гипнотизация; 2) повышения роли структурированного сценария гипнотерапии; 3) стимуляция суггестией индивидуально-личностной активности пациента в процессе гипнотерапии; 4) соответствие суггестий групповому характеру терапии.

Групповая гипнотерапия может проводиться в открытой и закрытой группах. Ее особенностью в открытой группе является доступность пациенту опыта прохождения психотерапии пациентов с более ранними сроками начала лечения и положительной динамики состояния, воспринимаемого как своего рода традиция, ведет к созданию положительной терапевтической перспективы. Гипнотерапия в закрытой группе с конкретным сроком начала работы предъявляет существенно большие требования к стыковочному сценарию предстоящей психотерапии. Он должен быть предъявлен в начале терапии, и отразить: 1) структуру предстоящей терапии, ее этапы; 2) содержание каждого отдельного этапа; 3) понятийный аппарат психотерапевтической методики; 4) семантическую связь с актуальной “моделью болезни и терапии”.

Проведение дополняющей групповую гипнотерапию индивидуальной психотерапии в бодрствовании предполагает: 1) изучение клиники заболевания, личности, психогенеза (при его наличии); 2) работу по осознанию пациентом психологического конфликта, поиску и реализации путей его разрешения, дистанцирования психогении (преимущественно неврозы и реактивные состояния); 3) создание психотерапевтической перспективы - “пути”, - по мере продвижения по которому будет происходить редукция, излечение заболевания. Психотерапия в бодрствовании в нашем случае формирует основу гипносуггестии, которая, в свою очередь, на глубинно-личностном уровне будет реализовывать те же цели, облегчая сознательное овладение пациентом психологической реальностью.

Групповая гипнотерапия психогений и неврозоподобных состояний

Представляя системный блок психотерапевтического процесса, гипнотерапия способствует решению основных, “сквозных”, задач психотерапии, опре-

деляемых клиническим и психологическим содержанием состояния пациента, используя присущие ей технические формы и средства. К числу системных задач, реализуемых, в том числе в гипнотерапии, относятся следующие.

1. Формирование части стыковочного сценария, относящегося к гипнотерапии, заполняющего существующие между формой и содержанием гипнотерапии и “моделью болезни и терапии” пациента семантические, логические разрывы. Напомним, что стыковочный сценарий предъясняется в начале терапии, в нем необходимо отразить: 1) структуру предстоящей гипнотизации и гипнотерапии, этапы последней (при их наличии); 2) содержание каждого отдельного этапа; 3) понятийный аппарат гипнотерапии; 4) семантическую связь с актуальной “моделью болезни и терапии”.

2. Формирование сценария собственно психотерапевтического процесса (определяемого клинико-психологическими особенностями пациентов) в части гипнотерапии на основе: 1) прояснения его психотерапевтом; 2) коммуникативного взаимодействия пациентов в открытой группе, когда усвоение сценария развертывающегося психотерапевтического процесса основано на восприятии пациентами положительной динамики предшественников, создающей своего рода традицию положительной терапевтической перспективы; 3) коммуникативного взаимодействия пациентов в закрытой группе, способствующего усвоению сценария развертывающегося психотерапевтического процесса за счет опережающей положительной динамики у части из них, создающей положительную терапевтическую перспективу для остальных. Эффективность и направленность коммуникативного взаимодействия пациентов повышается при опосредовании психотерапевтом. Оба сценария гипнотерапии, стыковочный и гипнотерапевтический, тесно взаимосвязаны и служат единой цели - успешности проводимого лечения. Однако первый предъясняется в самом начале терапии, тогда как работа над усвоением пациентом второго осуществляется на протяжении всего лечения.

Гипнотерапия состоит из последовательного курса гипнотерапевтических сеансов. Ее продолжительность определяется динамикой психотерапевтического процесса - производной от решаемых целей, задач, динамики состояния пациента. Каждый сеанс гипнотерапии в своей структуре содержит пять последовательно реализуемых этапов: подготовку к сеансу гипнотерапии, гипнотизацию; собственно гипнотерапию, дегипнотизацию, комплексную оценку состояния пациента в процессе проведенного сеанса гипнотерапии и период от предыдущего сеанса и от начала лечения.

Важна подготовка к первому сеансу гипнотерапии, на него ложится основная информационная нагрузка по предъяснению стыковочного сценария в

области структуры, этапов, понятий предстоящей гипнотерапии, ее связи с “моделью болезни и терапии” пациента. Подготовка к первому сеансу в закрытой группе, либо при индивидуальной терапии четко структурирована и проводится одновременно на первом сеансе гипнотерапии. Подготовка к последующим сеансам сосредоточивает пациента на качественном проведении предстоящего сеанса гипнотерапии, реализации намеченных ощущений, состояний, переживаний, настраивает его на будущую позитивную динамику состояния в гипнозе и вне него. Подготовка к первому сеансу в открытой группе усложняется и проводится циклично при поступлении каждого нового пациента, совмещаясь для повторно пришедших пациентов с подготовкой к очередному сеансу гипнотерапии. Поэтому часть подготовки, включающую предъявление стыковочного сценария в области структуры, этапов, понятий предстоящей гипнотерапии, ее связи с “моделью болезни и терапии” пациента, следует провести индивидуально, тогда как разъяснение понятий и процедуры предстоящей гипнотизации совмещается с подготовкой повторных пациентов к очередному сеансу гипнотерапии (тождественной повторной подготовке к последующим сеансам в закрытой группе). Подготовка к сеансу гипнотерапии включает, таким образом, два компонента: 1) ритуализирующуюся в процессе лечения настройку пациента на переход в гипнотическое состояние; 2) актуализацию каждым пациентом достижения индивидуально значимых ощущений, состояний, переживаний.

Гипнотизация - узловое звено гипнотерапии. Успешность первой гипнотизации служит основанием последующей гипнотерапии. Нами разработан и запатентован высокоэффективный способ гипнотизации, перехода в состояние транса, аутогенного погружения, медитации. Принципиальным отличием от способа Эриксона-Вольберга (цит. по Черток Л., 1992) является то, что: 1) перед гипнотизацией пациенту сообщается сценарий гипнотизации и гипнотерапии; 2) пациент в ходе гипнотизации активно сосредотачивается на желании войти в гипнотическое состояние. Пациенту сообщают о последовательности приемов и ощущениях, которые могут возникнуть при введении в состояние гипноза, затем, после сосредоточения на желании войти в гипнотическое состояние пациент поднимает руку и ему внушают самопроизвольное опускание руки и одновременный переход в состояние гипноза. При внушении движения руки важно уловить характерные особенности реализующегося движения, моментально включая их в продолжающееся внушение. После успешной реализации гипнотизируемым начала движения руки психотерапевт вновь переходит к обобщенному внушению, акцентируя завершение перехода в гипноз завершением движения руки, соприкосновением с поверхностью.

Преимуществами разработанного нами метода гипнотизации являются:

высокая эффективность, универсальность методики, сохраняющей обратную связь с гипнотизируемым при индивидуальной и при групповой гипнотизации. Обратная связь устанавливается по характеру движения и положению руки. Гипнотизируемый, независимо от формы гипнотизации, в достаточно широком диапазоне сам определяет момент начала гипнотизации, ее длительность и окончание в задаваемых психотерапевтом временных рамках. Универсальность методики определяется ее применимостью, как при индивидуальной, так и при групповой гипнотизации в группе до 30-40 человек. Независимо от формы работы, сохраняется индивидуализация перехода в гипнотическое состояние, сохраняются обратные связи с гипнотизируемыми. Применение описанной выше методики позволяет вводить в гипнотическое состояние более 95% пациентов, обратившихся к психотерапевту.

Завершающим этапом сеанса гипнотерапии, после дегипнотизации, является комплексная оценка состояния пациента по выходе из гипнотического состояния, создающая эффект “психотерапевтического зеркала”.

Структура сеанса формализованной групповой гипнотерапии

Проведение формализованной гипнотерапии неизбежно при групповой и вполне допустимо при индивидуальной гипнотерапии, поскольку критерии выбора, в конечном итоге, принадлежат пациенту, проистекая из его “модели болезни и терапии”. Нами, выработана следующая структура сеанса формализованной групповой гипнотерапии.

1. После завершения гипнотизации по описанной ранее, запатентованной нами методике, проводится описанное выше последовательное поведенческое воздействие на пациентов группы (пациента).

2. Затем реализуется описанный далее прием проективного соматического катарсиса.

3. На основе разработанной нами методики внушения цветовых ощущений в гипнотерапии (Тукаев, 1987), проводится внушение ощущения синего цвета и, далее, на протяжении сеанса репродукция ощущения синего цвета поддерживается повторными внушениями: “Увидеть, представить, почувствовать синий цвет, видеть его постоянно”. Далее, периодически, через 1-2 минуты повторяется: “Видеть, ощущать синий цвет. Видеть синий цвет”. Для цветовых внушений используется единая тембровая окраска и темп речи, отличающиеся от таковых для иных внушений.

4. Проводится внушение чувства уверенности и спокойствия.

5. Проводятся патогенетические внушения реактивации механизмов психологической защиты. Патогенетические внушения, определяемые меха-

низмами психогении, проводятся индивидуализированно. Для этого используются поведенческие и вербальные приемы (подойти, прикоснуться и проговорить тихо, обращаясь индивидуально).

6. Проводится мотивированное постгипнотическое внушение хорошего ночного сна: “Вечером, ложась спать, вспоминая ощущения сеанса, расслабляясь, засыпаете быстро, глубоко. Утром просыпаетесь посвежевшими, глубоко отдохнувшими. Сон, ночной сон – хороший, глубокий”.

7. Повторно проводится поведенческое воздействие на пациентов (пациента).

8. Повторно внушается чувство уверенности и спокойствия.

9. Затем вновь проводятся патогенетические внушения реактивации механизмов психологической защиты, с периодическими вкраплениями внушения ощущения синего цвета.

10. Повторно проводится мотивированное постгипнотическое внушение ночного сна.

11. Перед выводом из гипнотического состояния проводится мотивированное постгипнотическое внушение улучшения состояния, самочувствия: “С каждым днем, каждым сеансом, постоянно состояние, настроение – улучшаются. С каждым днем, каждым сеансом ваша воля, воля к улучшению состояния, выздоровлению становится крепче, действеннее, сильнее”.

12. Затем проводится дегипнотизация.

Та же структура гипнотического сеанса использована при гипнотерапии неврозоподобных состояний, учитывая, что значимость основных компонентов сеанса (приема проективного соматического катарсиса, поведенческого воздействия, постгипнотических внушений сна, состояния) сохраняется, а воздействие иных компонентов внушения определяется актуальностью их для пациента, вторичные же психогении нуждаются в дезактуализации.

Известно, что на пациента оказывает воздействие не только словесное внушение психотерапевта, но и его поза, местоположение при перемещениях по гипнотарию, прикосновения. Активность пациента желательно использовать в целях лечения, опираясь на нее в ходе реализации внушений, прямо обращаясь к пациенту, с просьбой сосредоточиться на каком-либо конкретном ощущении, переживании, состоянии. Проводя групповой гипнотический сеанс, следует удерживать в памяти каждого пациента в совокупности его клинических, личностных особенностей, динамики состояния, чтобы иметь возможность индивидуализировать гипнотерапевтическое воздействие.

Словесное внушение в группой гипнотерапии составляет целостный текст, из связанных блоков внушений, где реализация нового блока обусловли-

вается действием предшествующего. При построении внушений используются оптимально-обобщенные понятия, обладающие свойством нивелировать различия индивидуального восприятия их пациентами. Среди словесных внушений нами используются внушения: формирующие эмоциональный фон, седативный, либо активирующий; патогенетические. Наиболее значимы патогенетические внушения, относящиеся к “сквозному” сценарию психотерапевтического процесса и ориентированные на механизм развития психогении, реактивацию механизмов психологической защиты. Патогенетические внушения, ориентированные на механизмы развития неврозов, реактивных состояний, реакций острого психического стресса и их последствий опираются на конкретные цели и задачи, изложенные ранее. Патогенетические внушения, ориентированные на реактивацию механизмов психологической защиты, следует пояснить. Наиболее доступно мотивированному внушению дистанцирование психогении, отделение ее от “Я” пациента, с возможностью оценить психотравмирующую ситуацию, себя в ней со стороны, с поиском путей разрешения.

Патогенетические внушения при лечении реакций острого психического стресса и их последствий могут реализовываться с помощью приема ступенчатого гипнотического катарсиса с повторным дозированным переживанием пациентом травмирующего события при минимальной эмоциональной вовлеченности. Осуществлению данного приема должна предшествовать беседа с пациентом, которому надо сообщить о терапевтическом эффекте повторного переживания травмирующего события, его элементов в гипнозе, подчеркнув сохранение осознания пережитости, восприятия с позиции зрителя. При глубоких гипнотических состояниях допустимо обобщенное внушение травмирующих переживаний в виде просмотра фильма, сновидения, подчеркнув зрительскую, пассивную, позицию пациента, напоминая о том, что все пережитое позади, в прошлом. На выходе из катарсического эпизода необходимо внушать отделение от травмирующей ситуации. Эмоциональная, вегетативная, двигательная реакции на подобное внушение - прогностически благоприятны. Отчетливая реакция на переживание травмирующего события на первых сеансах гипнотерапии становится в дальнейшем менее выраженной, исчезает.

Нами разработан прием **соматического проективного катарсиса**, который реализуется при индивидуальной и групповой гипнотерапии. После погружения в гипнотическое состояние мы предлагаем пациенту (пациентам) сосредоточить все неприятные переживания, воспоминания, болезненные состояния, ощущения, расстройства в груди в виде ощущения тяжести и затем постараться выдохнуть из себя “всю накопленную тяжесть”. Характер реализации приема зависит от способности к кинестетической проекции пациента и от наличия

травматического, болезненного материала различной модальности. У 85% пациентов выполнение приема усиливает дыхательные движения, с активным форсированием выдоха, что сопровождается эмоциями беспокойства, обиды, печали. У пациентов появляются слезы. К завершению приема соматического проективного катарсиса по мере успокоения дыхания характер мимики меняется, лица расслабляются, прекращается плач. Около 40% пациентов в ходе выполнения приема ощущают первоначальное чувство тяжести, стеснения в груди и освобождаются от него в течение одного сеанса. В 30% случаев чувство тяжести в груди появляется в течение нескольких сеансов, ослабевая и исчезая в ходе гипнотерапии. В 15% случаев при выполнении приема соматического проективного катарсиса переживания пациентов носят более сложный характер, они видят прежние травматические эпизоды в части случаев – отстраненно, в части переживая их заново. В последних случаях по мере ослабления ощущения тяжести в груди появляется пространственная отстраненность от травматического эпизода. Зрительные образы блекнут и исчезают по мере исчезновения ощущения тяжести в груди. По выходе из гипнотического состояния в 30% случаев наступает постгипнотическая амнезия на травматические переживания и собственное поведение в период выполнения приема.

Реализация приема соматического проективного катарсиса дистанцирует травматический материал подобно впусканиям реактивации механизмов психологической защиты, используемым в эриксоновском гипнозе и НЛП переводе из одной модальности в другую и диссоциации. Однако, терапевтические возможности данного группового приема шире. Он способствует проективному преобразованию любого травматического материала. Проективное преобразование ведется в кинестетической модальности, - наименее дифференцируемой и осознаваемой, что способствует: 1) подключению невербального терапевтического канала, интимно связанного с психосоматическим регулированием; 2) осуществлению проективных преобразований вне зависимости от степени осознания травматического материала; 3) формированию механизма обратной связи для пациента и терапевта, позволяющего оценивать наличие, динамику, эффективность терапевтических преобразований; 4) стимуляции пациентов к активной и индивидуализированной реализации приема.

Нами, на основе анализа механизмов атрибутивной гипнотической проекции, разработан проективный подход к гипнотерапии. На его основе разработана техника индивидуальной трансформации наведенной гипнотической реальности, которая включает два этапа: 1) этап обучения наведению гипнотической реальности; 2) терапевтический этап. На этапе обучения наведению гипнотической реальности пациенту в гипнозе проводят пробное наведение биогра-

фически-заданной для пациента гипнотической реальности. Работа с гипнотической реальностью может осуществляться в монологической или диалогической формах. При успешной реализации гипнотической реальности переходят к терапевтическому этапу. Разрешение психологических конфликтов в технике трансформации наведенной гипнотической реальности происходит на глубинном уровне, когда личность, ее проблемы и конфликты проявляются как гипнотические мифы, иносказательность и обобщенность которых не мешает человеку переживать их содержание и трансформационную динамику чувственно. В ходе терапии значимость различных составляющих психологического конфликта меняется, дезактуализация одних приводит к временному усилению других. На втором этапе терапии терапевт и пациент работают над последовательным разрешением актуализируемых ходом гипнотерапии психологических проблем. Актуальная проблема выявляется перед сеансом гипнотерапии, на ее основе психотерапевтом в сопоставлении с природными объектами конструируется образная метафора, предусматривающая констатацию, трансформацию, разрешение. При диалоговой форме работы с гипнотической реальностью актуальный конфликт может быть проявлен непосредственно в процессе гипнотерапии. Для этого после “возвращения” в прежнюю гипнотическую реальность пациента просят внимательно обследовать ее и выявить те ее объекты, которые вызывают у него негативные ощущения, предстают как препятствия. Затем гипнотическая реальность, поведение гипнотика преобразуются с целью преодоления, выявленных препятствий. Индивидуальная проективная гипнотерапия комбинируется нами с формализованной групповой для разрешения сложной проблемы.

Оценка эффективности гипнотерапии психогений и неврозоподобных состояний

Нами, на основе методического подхода и методики, разработанных исходя из критериев Карвасарского Б.Д. (1980, 1985, 1990), проведена оценка эффективности групповой гипнотерапии психогений и неврозоподобных состояний, проводившейся нами в течение 1989-1999 гг. Результаты приведены в таблице 12.

Большинство пациентов лечились стационарно, для них гипнотерапия была частью комплексного лечения. Поэтому эффективность гипнотерапии основных нозологических форм сопоставлена с эффективностью терапии тех же заболеваний без применения гипнотерапии. За истекший период проведена гипнотерапия 708 пациентам, включая 371 пациента с психогениями и 316 - с неврозоподобными состояниями. Наиболее результативной была гипнотерапия

психогений, для которых доля значительного улучшения составила 52,7%, а доли улучшения и незначительного улучшения состояния составили соответственно 47 и 0,3%. Суммарная эффективность гипнотерапии невротоподобных состояний ниже и составила для значительного улучшения, улучшения и незначительного улучшения состояния соответственно 33, 64 и 3%. Среди психогений наиболее эффективна гипнотерапия неврастении, где значительное улучшение и улучшение состояния получено соответственно в 57 и 43% случаев. Несколько ниже эффективность гипнотерапии реактивных депрессий, составившая соответственно 55, 45% случаев значительного улучшения, улучшения состояния.

Таблица 12

Оценка эффективности гипнотерапии психогений и невротоподобных состояний экзогенно-органического генеза

№№	Заболевания	Эффект гипнотерапии				
		ЗУС	УС	НУС	Всего	ДРЭП
1	Психогении (Проценты)	194 52,7	173 47	4 0,3	371 100	8
2	Неврастения (Проценты)	88 57	66 43	-	154 100	3,9,10,11,12,1 3
3	Истерический невроз	9	21	1	30	2,5
4	Обсессивный невроз	9	6	-	15	
5	Реактивные состояния (Проценты)	66 55	53 45	2 -	119 100	9,10,11, 12,13
6	Реакции психического стресса: Острые	10	10	-	20	
7	ПТСР	12	17	1	30	
8	Невротоподобные состояния (Проценты)	105 33	202 64	9 3	316 100	1
9	Энцефалопатии: Токсические (углеводороды) (Проценты)	26 32	60 65	2 3	88 100	2,5
10	Токсические (свинца)	14	30	1	45	2,5
11	Дисциркуляторные (Проценты)	45 37	72 60	4 3	121 100	2,5
12	Посттравматические	8	16	-	24	2,5
13	Последствия нейроинфекции	12	24	2	38	2,5
14	Бронхиальная астма	7	13	1	21	
	Всего (Проценты)	306 43,5	388 55	14 1,5	708 100	

Примечания: ЗУС - значительное улучшение состояния; УС - улучшение состояния; НУС - незначительное улучшение состояния; ДРЭП - достоверность различия эффективности гипнотерапии различных нозологических форм; 1,2,...11, 13. - порядковые номера заболеваний, групп заболеваний, эффективность гипнотерапии которых достоверно различается.

Существенно ниже эффективность гипнотерапии реакций психического стресса (22 и 27 случаев значительного улучшения, улучшения), обсессивного (9 и 6 случаев соответственно) и, в особенности истерического невроза (9 и 21

случаев соответственно). Гипнотерапия неврозоподобных состояний по своей эффективности уступает гипнотерапии психогений. Однако в отношении самих неврозоподобных состояний гипнотерапия зарекомендовала себя как достаточно мощный источник биологического лечебного воздействия. Для гипнотерапии токсических энцефалопатий, обусловленных профессиональной интоксикацией углеводородами, доли значительного улучшения и улучшения состояния составили соответственно 32 и 65% случаев. Хорошие результаты были показаны при гипнотерапии дисциркуляторных энцефалопатий атеросклеротического генеза (доли значительного улучшения и улучшения состояния составили соответственно 37 и 72%), посттравматических (соответственно 8 и 16 случаев).

Мужчины составили 23, женщины – 77% от числа пациентов, достоверных различий эффективности гипнотерапии по сопоставлявшимся нозологическим формам не найдено. Но, анализ возраста мужчин и женщин с разным эффектом гипнотерапии, выявил достоверные отличия. В группе мужчин получены достоверные различия среднего возраста при значительном улучшении и улучшении состояния при реактивных состояниях, ПТСР, токсических энцефалопатиях, дисциркуляторных энцефалопатиях. При реактивных состояниях значительное улучшение отмечено в старших возрастах (51 год против 45 лет при улучшении состояния), при ПТСР – в более молодом возрасте (35 лет против 46 лет при улучшении состояния). При энцефалопатиях получены полярные результаты, значительное улучшение при токсических, дисциркуляторных энцефалопатиях получено в относительно младших возрастах (39, 52 лет). При улучшении состояния возраст достоверно старше (соответственно 44, 56, 55 лет). У женщин выявлены достоверные различия возраста при значительном улучшении и улучшении состояния при психогениях, неврастении, неврозоподобных состояниях, токсических энцефалопатиях, дисциркуляторных энцефалопатиях. При психогениях и неврастении состояниях значительное улучшение имело место в младших возрастах (средний возраст – 41 и 32 года против 45 и 38 лет при улучшении состояния). При токсических энцефалопатиях значительное улучшение получено в относительно старших возрастах (46 – 49 лет), тогда как при дисциркуляторных энцефалопатиях значительное улучшение достигнуто в младших возрастах (56 лет против 59 лет – при улучшении состояния). При улучшении состояния в группах токсических энцефалопатий возраст достоверно младше (44 года). Выявленные возрастные различия эффективности гипнотерапии женщин и мужчин, вероятно, обусловлены совокупностью психологических и биологических факторов.

Гипнотерапия была ведущим методом комплексной терапии, включавшей ограниченное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Ограничения

касались применения транквилизаторов, нейролептиков и антидепрессантов. Для обоснованного выделения и анализа эффективности собственно гипнотерапии выполнена аналогичная оценка эффективности терапии психогений и невротоподобных состояний, проводившейся без гипнотерапии. Данная выборка формировалась случайным образом, не имела существенных отличий по клиническим характеристикам от той, где применялась гипнотерапия, но интенсивность медикаментозно-физиотерапевтического лечения была в ней существенно выше. Сравнение эффекта проведенного лечения в сопоставляемых выборках показывает более высокую эффективность лечебного комплекса, основанного на гипнотерапии как для психогений, так и для невротоподобных состояний.

Основная задача анализа эффективности групповой гипнотерапии состояла в клиническом обосновании биологически-стрессовых и сопряженных с ними психологических механизмов гипнотерапии, описанных ранее. Мы полагаем, что полученные данные о клинической эффективности групповой формализованной гипнотерапии, использованной при психогениях и невротоподобных расстройствах, являются клиническим подтверждением разработанной нами теоретической модели гипнотерапии.

Выводы

1. Значительный диапазон и глубина клинического эффекта гипнотерапии свидетельствуют о биогенном терапевтическом потенциале, позволяющем лечить не только неврозы, но и широкий круг постстрессовых расстройств, экзогенно-органических невротоподобных состояний, в том числе профессионально обусловленных. При гипнотерапии психогений доли значительного улучшения, улучшения и незначительного улучшения состояния составили соответственно 52,7, 47 и 0,3%. Суммарная эффективность гипнотерапии невротоподобных состояний ниже и составила для значительного улучшения, улучшения и незначительного улучшения состояния соответственно 33, 64 и 3%.

2. Разработан вторично-феноменологический подход к исследованию природы гипноза, основанный на сопоставлении феноменологии гипнотического состояния с развитыми нейрофизиологическими моделями. На его основе получена интегрированная вторично-феноменологическая модель гипнотического состояния, согласующаяся с данными электрофизиологических (ЭЭГ, РЭГ) исследований. Согласно данной модели, развитие гипнотического состояния у человека требует создания первичной, либо вторично-символической, использующей коммуникативные средства, гипногенной ситуации.

2.1. Развитие гипнотического состояния определяется качественной пере-

стройкой активирующей системы мозга, переходящей с режима регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсацией на режим генерации активации мозга. Собственно активационные возможности активирующей системы при этом существенно возрастают. Во II ст. гипноза состояние подкорковых звеньев активирующей системы характеризуется повышенной генеративной активностью. В ответ на сенсорно-зрительное внушение во II ст. происходит изолированная активация центральных отделов анализаторов. Генеративно-активационные возможности мозга в III ст. гипноза возрастают, достигая уровня активации бодрствования, что делает возможной целенаправленную, целостную активацию интегративно-анализирующей системы мозга.

2.2. В процессе развития гипнотического состояния в левом полушарии у правшей происходит переход на правополушарный режим функционирования по инверсивным механизмам, обратным формированию специализации полушарий в онтогенезе, с перестройкой работы всего мозга по правостороннему принципу.

3. Исследование позволяет выделить первичные и вторичные биологические эффекты гипнотерапии. К первичным биологическим эффектам гипнотерапии, выявленным по общепринятым влияниям на показатели крови относятся: 1) нейро-гормональные эффекты; 2) нейро-медиаторные эффекты. Вторичные биологические эффекты включают: 1) иммунологические эффекты; 2) детоксикационные эффекты; 3) активацию белкового обмена; 4) активацию обмена билирубина; 5) активацию обмена холестерина; 6) динамическое влияние на кинетику метаболизма тяжелых металлов. Для большинства изучаемых показателей происходит движение в сторону их нормализации, оптимизации.

4. Источником биологического воздействия гипнотерапии выступает стресс-реакция. Курс гипнотерапии может рассматриваться как процесс адаптации к коротким стрессорным (гипнотическим) воздействиям. Гипногенный стресс - преимущественно эндогенный процесс по своим пусковым механизмам, который принципиально отличается интеграцией адаптационного, резистентного и реадаптационного компонентов, приводящей к их трансформации в реадаптационный процесс. Принадлежность гипногенного стресса к стрессогенным ограничивает терапевтическое использование гипноза и гипнотерапии: при чрезмерной интенсивности гипногенного стресса возможен переход в звено дезадаптации; длительная гипнотерапия может привести к снижению и последующему истощению адаптационных ресурсов организма. Эффективность гипногенной реадаптации зависит от устойчивости патологического состояния. Завершенная реадаптация от исходного патологического устойчивого состояния более вероятна, чем реадаптация от исходного "незавершенного" процесса де-

адаптации.

6. Изучение феномена спонтанной гипнотической ноцицепции при гипнотерапии с позиции рефлексологии приводит к следующим заключениям: 1) гипнотерапия активирует нейрофизиологические механизмы саморегуляции патологического процесса; 2) при острых травматических патологических процессах гипнотерапия одновременно стимулирует саморегуляционную санацию и анальгезию патологического очага; 3) при хронических патологических процессах гипнотерапия первоначально переводит патологический очаг из хронического в острое состояние, а затем запускает процессы санации и анальгезии патологического очага по механизмам, близким к таковым для острых патологических процессов.

7. Биологически-стрессовое действие гипнотерапии активизирует механизмы интрапсихической саморегуляции, различные для неврозов и неврозоподобных состояний. Терапевтическая динамика при неврозах находится в прямой зависимости от позитивной динамики эмоциональной сферы. Терапевтическая динамика неврозоподобных состояний обусловлена первичными сдвигами в сфере “личностно-поведенческого” реагирования, поведения, сопряженного с улучшением показателей общесоматического состояния.

8. Разработаны подходы и приемы, повышающие возможности индивидуальной работы при групповой гипнотерапии.

8.1. Групповая гипнотерапия, с учетом наличия ее биологических и психологических саногенных механизмов, становится результативной при выполнении условий: 1) эффективная гипнотизация; 2) повышения роли структурированного сценария гипнотерапии; 3) стимуляция индивидуально-личностной активности пациента в процессе гипнотерапии; 4) соответствие суггестий групповому характеру терапии.

8.2. Разработана и запатентована эффективная методика групповой гипнотизации, позволяющая вводить в гипнотическое состояние 95% пациентов без предварительного отбора на гипнабельность. Эффективность гипнотизации обусловлена использованием сценария гипнотизации, активным участием самого пациента в переходе в гипноз, индивидуализированным использованием обратных связей с гипнотизируемыми при работе с группой.

9. Представления людей о причинах болезней и их лечении закономерны и образуют сложно организованную систему - “модель болезни и терапии” - совокупность наиболее обобщенных знаний, представлений людей о заболеваниях и методах их лечения. Значимость структурированного стыковочного сценария, связывающего методику психотерапии с “моделью болезни и терапии” пациента возрастает при групповой гипнотерапии.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Монографии

1. Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). - Уфа, Гилем. 1996. 270 с.

Публикации

2. Репродукция цветовых ощущений в гипнозе и последовательные образы (сравнительный анализ). М., 1988. 10 с. Деп. в ВИНТИ СССР №6642-888.

3. Механизмы психологической защиты в эмоционально-стрессовой психотерапии // Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. М., 1988. с.506-507.

4. Медицинская составляющая массового сознания. Динамика в условиях социальной напряженности // Всесоюзная конференция "Социология социально-политических проблем обновления социализма: региональные аспекты". Уфа, 1990. с.73-74.

5. "Модель болезни и терапии" массового сознания и ее роль в психотерапевтическом процессе // Научно-практическая конференция "Актуальные вопросы лечебно-профилактической, диагностической и учебно-воспитательной работы". Одесса, 1990. с. 71.

6. Неспецифический компонент патологического процесса в пороговом и субпороговом диапазоне воздействия // Гигиена производственной и окружающей среды, охрана здоровья рабочих в нефтегазодобывающей и нефтехимической промышленности. М., 1991. с. 68-73.

7. Пусковые механизмы и клиническая типология острого психического стресса // Тезисы республиканской научно-практической конференции "Психосоматические расстройства и вопросы психотерапии". Уфа, 1991. с. 61-63.

8. К концепции интегративной эмоционально-стрессовой психотерапии // Тезисы республиканской научно-практической конференции "Психосоматические расстройства и вопросы психотерапии". Уфа, 1991. с. 81-84.

9. Психотерапия реакций психического стресса // Здравоохранение Башкортостана. - 1992. т. 1. №1. - с. 6-10.

10. К концепции интегративной психотерапии // Гигиена производственной и окружающей среды, охрана здоровья рабочих в нефтегазодобывающей и нефтехимической промышленности. М., 1992. с. 55-71.

11. Особенности этиопатогенеза, клиники и динамики профессиональных заболеваний ЦНС в нефтехимическом производстве и проблемы их диагностики // Химия и здоровье. Тез. докл. науч.-практ. конф. Уфа, 1993. с. 31-35. (в соавт.).

12. Медицинская реабилитация и профилактика аллергозов, заболеваний нервной системы и органов пищеварения у рабочих микробиопроба. Методические рекомендации. Уфа, 1993, 24 с. (в соавт.).

13. Патент РФ №2008029 на изобретение: "Способ введения в состояние гипноза, аутогенного погружения, медитации, транса" от 28.02.94 г.

14. Биологическая составляющая психотерапии. Часть 1. Эмпирические

результаты исследования биологических эффектов психотерапии // Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии: Сб. трудов научно-практической конференции. Уфа, 1994. с. 157-161.

15. Биологическая составляющая психотерапии. Часть 2. Обсуждение результатов эмпирического исследования // Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии: Сб. трудов научно-практической конференции. Уфа, 1994. с. 162-163.

16. Патент РФ №2032904 на изобретение "Способ определения степени риска свинцовой интоксикации" от 10.04.95 г. (в соавт.).

17. Патент РФ №2032905 на изобретение "Способ определения степени риска интоксикации и радиационного поражения долгоживущими радионуклидами" от 10.04.95 г. (в соавт.).

18. Психотерапия функциональных и функционально-органических заболеваний нервной системы профессионального и смешанного генеза. Методические рекомендации. Уфа, 1995, 22 с.

19. Этиопатогенез, клиника, профилактика и терапия острого психического стресса у ликвидаторов катастроф // XII съезд психиатров России, Москва, 1995. с. 178-180.

20. Профессиональные нейроинтоксикации в индустриально развитых регионах // Седьмой съезд неврологов России. Тезисы докладов, Новгород, 1995. с. 538. (в соавт.).

21. Постановка проблемы экологических болезней. Подходы к этиопатогенезу, систематике и диагностике экологических болезней химической природы // Медицина труда и промышленная экология, №11, 1996. с. 21-28.

22. Принцип формирования совокупности психотерапевтических систем как макроструктур // Материалы Второй Всероссийской конференции по психотерапии "Психотерапия: от теории к практике". - М., 1997. - с. 116 - 119.

23. К структуре психотерапевтического процесса: социально-психологическая и психологическая составляющая психотерапии // Материалы Второй Всероссийской конференции по психотерапии "Психотерапия: от теории к практике". - М., 1997. - с. 119 - 122.

24. Биологические механизмы гипнотерапии // Материалы Третьей Всероссийской конференции по психотерапии "современные тенденции психотерапии в России: теория и практика". - М., 1998. - с. 110-114.

25. Проективный механизм гипнотерапии // Материалы Третьей Всероссийской конференции по психотерапии "современные тенденции психотерапии в России: теория и практика". - М., 1998. - с.114-118.

26. Возможности психотерапии в лечении профессиональных и экологически обусловленных заболеваний // Материалы докладов республиканской научно-практической конференции "Экология и здоровье женщины и детей в республике Башкортостан". Часть II. - Уфа, 1998. - с. 61 - 70.

27. Заболевания профессионального и смешанного генеза у работников нефтехимической промышленности. Комплексное лечение с использованием психотерапии и акупунктуры. Методические рекомендации. - Уфа, 1998. - 32 с. (в соавт.)