

На правах рукописи

БУХТОЯРОВ
Олег Викторович



Гипнотерапия преневротических и невротических
состояний в условиях автономного плавания

14.00.18 - психиатрия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук
А. Е. Архангельский

Санкт-Петербург

1996

СПИСОК

основных сокращений и условных обозначений,

используемых в тексте диссертации

АВ	-	атриовентрикулярный узел (соединение)
АД	-	артериальное давление
ДАВС	-	дополнительное атриовентрикулярное соединение
ДАД	-	диастолическое артериальное давление
ИСС	-	измененные состояния сознания
МО	-	минутный объем крови
ПАД	-	пульсовое артериальное давление
САД	-	sistолическое артериальное давление
САН	-	самочувствие, активность, настроение
СДД	-	среднее динамическое давление
ТР	-	реактивная тревожность
УО	-	ударный объем
УПС	-	удельное периферическое сопротивление
ЦНС	-	центральная нервная система
ЧСС	-	частота сердечных сокращений
ША	-	шкала астении
ЭКГ	-	электрокардиография
ЭКС	-	электрокардиостимуляция
ЭРП	-	эффективный рефрактерный период
ЭФИ	-	электрофизиологическое исследование
ЭЭГ	-	электроэнцефалография
PTSD	-	посттравматические стрессовые расстройства

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	11
1. 1. Психосоматические соотношения.....	11
1. 1. 1. Значение личностного реагирования в психосоматических отношениях.....	13
1. 1. 2. Роль эмоционального стресса в психосоматических отношениях.....	16
1. 1. 3. Влияние психики на трофические процессы в организме человека.....	18
1. 1. 4. Значение психогенного компонента в развитии нарушений сердечного ритма.....	20
1. 2. Измененные состояния сознания как компенсаторно-приспособительные реакции психики.....	26
1. 3. Отдаленные последствия массивных психотравмирующих воздействий.....	30
1. 4. Феноменология гипнотических состояний, возможности гипносуггестии.....	35
1. 5. Заключение.....	41
Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	43
2. 1. Общая характеристика исследуемых групп.....	43
2. 2. Методы исследования.....	47
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДВОДНИКОВ В УСЛОВИЯХ АВТОНОМНОГО ПЛАВАНИЯ НА ФОНЕ ГИПНОСУГГЕСТИИ.....	57
3. 1. Динамика внушаемости подводников в длительном автономном плавании.....	57

3.2. Динамика субъективной оценки подводниками своего состояния на фоне гипносуггестии.....	66
3.3. Изменение отдельных показателей гемодинамики подводников в автономном плавании на фоне гипносуггестии.....	76
3.4. Гипнотерапия психосоматических расстройств (бронхоспастический синдром и пиодермия) в длительном автономном плавании.....	84
Глава 4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	89
4.1. Результаты гипнотерапии отдаленных последствий психогений.....	89
4.2. Эффективность гипнотерапии невротических состояний, сопровождающихся нарушениями сердечного ритма.....	98
Глава 5. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ..	125
5.1. Обсуждение результатов исследования внушаемости, субъективного состояния и гемодинамики подводников в условиях автономного плавания.....	125
5.2. Обсуждение результатов гипнотерапии невротических состояний, сопровождающихся нарушениями сердечного ритма.....	132
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	141
ВЫВОДЫ.....	144
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	146
УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ.....	147
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	175

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

В основе психической патологии, вызванной экстремальными факторами, лежит осознанная или неосознанная психическая травма, которая способствует появлению многообразия типов и вариантов течения психогенных расстройств, значительно видоизменяя и усложняя при этом течение других заболеваний (Иутин В.Г., Курпатов В.И., 1995; Литвинцев С.В. с соавт., 1995; Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., 1995; Овчинников Б.В., 1995; Снедков Е.В. с соавт., 1995; Шанин Ю.Н. с соавт., 1995). Влияние психотравмирующих факторов отражается на уровне, структуре, особенностях клиники и характере развития психогенно обусловленных психических и психосоматических расстройств (Александровский Ю.А. с соавт., 1991; Нечипоренко В.В. с соавт., 1995; Никифоров А.М. с соавт., 1995; Рудой И.С. с соавт., 1995; Сергиенко А.В. с соавт., 1995).

В частности, профессиональная деятельность экипажей подводных лодок проходит в экстремальных условиях при хроническом психотравмирующем воздействии многочисленных неблагоприятных факторов обитаемости корабля, характера деятельности плавсостава и условий длительного автономного плавания (Бердышев В.В., Григоренко Г.Ф., 1982; Жеглов В.В. с соавт., 1990). Автономное плавание, которое можно представить как "жизнь в стесненных условиях" (Семичов С.Б., 1987), неизбежно сопровождается длительным психоэмоциональным напряжением, тревогой, страхом и является потенциально патогенным, о чем свидетельствует развитие к окончанию похода преневротического состояния и

неврозов у 85% офицеров и мичманов экипажа подводных лодок (Курпатов В.И., 1994). У подводников с преневротическими и невротическими состояниями в автономном походе возникает стремление к уединению, аутизации, появляются сверхценноподобные идеи, из-за чего вынужденные контакты с другими членами экипажа нередко оканчиваются аффективными реакциями. Таким образом, специфические условия плавания отражаются на специфике формирования невротических состояний у корабельных специалистов – комплекс неблагоприятных факторов в плавании является одновременно и психотравмирующим и астенизирующим (Курпатов В.И., 1994). Это позволяет выделить военных моряков в особую группу со свойственными им заболеваниями, в которой доминируют психические и психосоматические расстройства (Pons R., 1976; Weybrew B.B., Noddin E.M., 1979; Damaste G.M., 1981; Skampradonis G. et al., 1981).

В этой связи в условиях ответственной деятельности и экстремальности ситуаций неизбежно возрастает вероятность психических дисфункций, способных повышать аварийность военной техники и быть причиной травмирования и гибели членов экипажа (Шапошников Е.А. с соавт., 1992; Боченков А.А. с соавт., 1994). Становится очевидной необходимость профилактики и коррекции донозологических состояний психической деятельности, сопровождающих дизадаптационные сдвиги в организме моряков в период плавания и после него, и являющихся начальным звеном в патогенезе психосоматических расстройств (Сапов И.А. с соавт., 1982; Зуихин Д.П., 1985; Кулешов В.И. с соавт., 1994; Дьяконов И.Ф., 1995).

Однако до настоящего времени в арсенале средств для кор-

рекции психического состояния моряков в походе методы психотерапии практически не используются, несмотря на имеющиеся рекомендации (Ларин В.Л. с соавт., 1989; Смирнов В.К. с соавт., 1989). Не исследовалась также внушаемость подводников в автономном плавании для оценки перспектив применения методов суггестивного воздействия. Тем более не проводилась гипнокоррекция психических расстройств у подводников непосредственно в условиях автономного похода.

В настоящее время по разным причинам незаслуженно игнорируются возможности клинического применения гипносуггестии, поэтому гипнотерапия практически не используется в лечении отдаленных психосоматических последствий психогений, в частности, в лечении невротических состояний, сопровождающихся тяжелыми нарушениями сердечного ритма, которые лежат в основе развития внезапной смерти пострадавших. Клиническая значимость сердечных аритмий, вызванных массивными психотравмирующими воздействиями, которые часто становятся резистентными к медикаментозной терапии, требует поиска методов лечения, включая методы психотерапии.

Цель исследования -

оценить эффективность гипносуггестии в коррекции преневротических и невротических состояний у подводников в условиях автономного плавания и в лечении психосоматических расстройств.

Основные задачи исследования

1. Дать количественную оценку внушаемости подводников в длительном автономном плавании и проследить ее динамику на

протяжении похода.

2. Оценить психическое состояние и отдельные показатели гемодинамики у подводников в условиях автономного плавания на фоне гипносуггестивных воздействий.

3. Разработать методику гипносуггестивной терапии отдаленных психосоматических последствий психогений и методику оценки ее эффективности.

4. Определить эффективность предложенной методики гипнотерапии в лечении невротических состояний, сопровождающихся нарушениями сердечного ритма.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. В длительном автономном плавании, на 32–37 сутки, происходит существенное повышение внушаемости подводников.

2. Гипнокоррекция преневротических и невротических состояний у подводников в условиях автономного плавания приводит к оптимизации психического состояния моряков.

3. Гипносуггестивная терапия является эффективным средством в лечении невротических состояний, сопровождающихся нарушениями сердечного ритма.

Научная новизна исследования

Впервые в длительном автономном плавании прослежена динамика внушаемости подводников и дана ей количественная оценка. Впервые в практике автономных походов успешно применена гипносуггестивная терапия для профилактики углубления преневротических расстройств и оптимизации психического состояния подводников. На фоне выявленной гипервнушаемости подводников

впервые показана возможность высокоэффективного гипносуггестивного воздействия на психическое состояние моряков.

Разработана методика гипносуггестивной терапии отдаленных психосоматических последствий психогений и методика оценки ее эффективности. Получены объективные доказательства возможности эффективного влияния гипносуггестии на тяжелые и среднетяжелые нарушения ритма сердца у больных с невротическими состояниями, развившиеся после массивных психотравмирующих воздействий.

Практическая значимость работы

Показана возможность эффективного применения внушений в гипнотическом сне для профилактики развития у подводников пре-невротических и невротических состояний в длительном автономном плавании. Одним из благоприятных условий для практического применения лечебных сuggестий в длительном плавании является обнаруженная гипервнушаемость подводников после 30-х суток похода. Показаны возможности применения гипнотерапии в лечении отдаленных психосоматических последствий психогений, в частности, нарушений сердечного ритма у больных с невротическими состояниями.

Направление исследований связано с планами разработки по теме НИР N 132 - 91 п.10 "Сохранение работоспособности в экстремальных ситуациях."

Апробация результатов исследования

Материалы диссертации доложены на заседании научного общества психотерапевтов г. Санкт-Петербурга (февраль 1993, апрель 1995), на научно-практической конференции медицинской

службы Северного флота (Североморск, март 1994, октябрь 1996), на научно-практической конференции по неотложной кардиологии (Санкт-Петербург, март 1996), на симпозиуме "3-rd Biannual International Symposium - Aritmija Lietuva' 96" (Клайпеда, май 1996).

По теме диссертации опубликовано 9 печатных работ.

Реализация результатов исследования

Результаты проведенных исследований используются в Главном госпитале Северного флота, применяются в практической деятельности 32 Центрального военно-морского клинического госпиталя и Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1. Психосоматические соотношения.

Термин "психосоматика" впервые использовал Heinroth в 1818 году (Цит. по Вейну А.М. с соавт., 1991). Многие исследователи заметили, что одни и те же заболевания протекают различно, пациенты с однотипными морфологическими изменениями во внутренних органах болеют неодинаково. Это обстоятельство заставило обратить внимание на роль нервной системы в генезе болезненных состояний. Это направление получило название нервизма и обязано своим возникновением И.М. Сеченову, В.А. Манассеину, С.П. Боткину, но экспериментально обоснованному И.П. Павловым (1951), считавшим, что кора мозга "держит в своем ведении все явления, происходящие в теле". Идеи нервизма творчески развил К.М. Быков (1954), который сформулировал принципы и экспериментально обосновал кортико-висцеральную теорию. Многочисленные исследования физиологов кортико-висцеральной ориентации показали, что нервная система с ее высшей инстанцией – корой головного мозга и, следовательно, высшая нервная деятельность определяют работу целостного организма и его саморегуляцию (Мусящикова С.С., Черниговский В.Н., 1973).

Наиболее убедительно охарактеризовал кортико-висцеральные взаимоотношения В.Н. Черниговский (1972): "...кора больших полушарий в отношении внутренних органов может потенциально осуществлять любые влияния, но, будучи главным звеном в иерархической системе, она никогда не использует свои возможности ежеминутно".

А. А. Ухтомский (1950, 1956) неоднократно подчеркивал, что принципу доминанты подчинены рефлексы спинного мозга и мозгового ствола, инстинктоподобные акты, условные рефлексы, интегральные образы, в которых нами воспринимается среда. Между доминантой и комплексом внешних раздражителей устанавливается прочная связь. Даже один из элементов этого комплекса – адекватный раздражитель – может вызвать прежнюю доминанту в ее кортикоальном и соматическом выражении.

В дальнейшем теория отношений В. Н. Мясищева (1960) и теория установки Д. Н. Узнадзе (1961, 1966) явились выражением физиологического принципа доминанты, примененного к сложным психическим актам человека. Несмотря на продолжающиеся исследования коренной вопрос психосоматических взаимоотношений остается нерешенным: каким образом психические процессы, идеальные по своей природе, могут воздействовать на материальные процессы, протекающие в организме, повышать или понижать устойчивость к заболеваниям?

Нобелевским лауреатом R. Sperry (1986) предпринята попытка разрешить данное противоречие, исходя из известного положения кибернетики: сложная целостная система приобретает за счет своей целостности новые свойства, отличимые от свойств ее отдельных элементов и занимающая более высокое иерархическое положение, чем свойство каждого элемента. Поведение этой сложной системы управляет новыми, только ей присущими свойствами, осуществляющими нисходящий контроль над отдельными элементами системы. Поскольку психика и особенно сознание – высшие свойства целостной системы (мозга), состоящей из отдельных элементов (нейронов), то они могут влиять на мозговые структуры.

Сознательный опыт организма может непосредственно контролировать физиологические функции организма, сам по себе причинно определять нейронные разряды, а отсюда – через нейрогуморальную, вегетативную и эндокринную регуляцию – изменять и соматические системы (желудочно-кишечную, сердечно-сосудистую, иммунную и другие системы организма) (Цит. по Ротенбергу В. С., 1991).

Анализ литературы отражает неоднозначность взглядов и подходов к оценке взаимовлияния психики и сомы, несмотря на продолжительность научного поиска в решении данной проблемы. Это требует выделения в психосоматических отношениях основных звеньев с последующим анализом.

1.1.1. Значение личностного реагирования в психосоматических отношениях

Существует от 200 до 500 теорий личности, но лишь некоторые постулаты признаются всеми исследователями: личность – не повторимое единство, некая целостность; личность – высшая интегрирующая инстанция, олицетворяющая собой единство биологического и социального.

Ю. М. Губачев, Е. М. Стабровский (1981) считают возможным определять личность как складывающуюся в течении всей жизни человека психологическую систему, которая определяет стереотипы отношений к действительности и характер поведения.

В. М. Смирнов и соавторы (1989) видят в личности продукт истории развития человека, обусловливающий характер, интенсивность и длительность психологического реагирования на жизнен-

ную обстановку с постоянным вегетативным подтекстом.

К.К. Платонов (1972) считает, что личность – это человек как носитель сознания. Внешним сознанию является бытие, но бытием является не только внешний для человека мир, но и внешний для сознания организм человека. Поэтому личность человека с содержательной стороной – сознанием может влиять не только на мир, но, и в известной мере, на его организм. Следовательно, любое психическое явление, любое действие человека есть ничто иное, как проявления целостной личности, что и лежит в основе личностного подхода в понимании психосоматических отношений.

Личность со всеми ее взглядами, убеждениями, привычками можно определить как совокупность уже состоявшихся суггестий, так как процесс обучения, воспитания является ни чем иным, как совокупностью приемов введения и закрепления взаимосвязанных системных суггестий, прочно удерживающихся в течение всей жизни человека (Архангельский А.Е., 1995).

В этой связи образование прочных долговременных следов памяти требует увеличения числа пресинаптических терминалей, активации и экспрессии генов, синтеза соответствующих белков и роста новых связей, то есть постсуггестивный процесс формирования долговременной памяти вызывает в головном мозге анатомические сдвиги, подвергая корковые карты в течение всей жизни непрерывной модификации (Кендел Э.Р., Хокинг Р.Д., 1992).

Особенности личности оказывают надстроечное влияние на работающие в режиме саморегуляции физиологические процессы: сон-бодрствование, работу сердца, обмен веществ, функционирование желудочно-кишечного тракта, половой системы, эндокринных желез. Индивидуальные личностные особенности динамичны, измен-

чивы, способны перестраивать автоматизмы физиологических реакций органов и систем через регуляцию их вегетативных функций (Мясищев В. Н., 1960).

Патогенные события в жизни человека, психотравмирующие обстоятельства являются причиной развития патологических личностных реакций – психогений, которые проявляются лишь в соответствии со значимым отношением личности к событиям (Губачев Ю. М., Стабровский Е. М., 1981). По определению Б. Д. Карвасарского (1980) психогении – это конфликтогенные нервно-психические заболевания, в основе которых лежит нерационально, неэффективно и неэкономно разрешаемое личностью противоречие между ней и значимыми для нее сторонами действительности.

Ю. А. Александровский (1993) подчеркивает зависимость тяжести психогенного конфликта от особенностей личности. Возникновение психогений обычно определяется не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной интрапсихической переработкой данной личностью сложившейся ситуации, ее последствий и неспособностью адаптироваться к новым условиям (Лакосина Н. Д., Трунова М. М., 1994).

Важнейшим элементом личностного реагирования является система "психологической защиты", которая способна смягчить, видоизменить или нейтрализовать вовсе реакцию на значимый стимул (Averill J. et al., 1969; Lazarus R., 1970; Смирнов В. М. с соавт., 1989).

Психологическая защита – это система стабилизации личности, проявляющаяся в устраниении или сведении к минимуму отрицательных эмоций, тревоги, напряжения, возникающих при критичес-

ком рассогласовании картины мира с новой поступающей информацией (Грановская Р.М., Березная И.Я., 1991). По мере продвижения травмирующей информации от воспринимающих систем к управляющим реакциям человека вклиниваются различные виды психологической защиты личности: отрицание, подавление, рационализация, вытеснение, проекция, идентификация, отчуждение, замещение, сновидения, сублимация, катарсис. Чем меньше поступающая информация грозит нарушить целостность модели мира человека и его представления о себе, тем глубже она продвигается от чувственного входа к двигательному выходу и меньше видоизменяется на этом пути (Грановская Р.М., Березная И.Я., 1991).

Таким образом, личность в психосоматических отношениях является промежуточным звеном между психикой и сомой, она же стоит между стрессором и реакцией, видоизменяя ее.

1.1.2. Роль эмоционального стресса в психосоматических отношениях

Исследованию эмоционального стресса посвящен солидный цикл фундаментальных работ многочисленных авторов (Бехтерева Н.П., 1971; Анохин П.К., 1978; Селье Г., 1979; Вальдман А.В. с соавт., 1979; Меерсон Ф.З., 1981; Юматов Е.А., 1982; Судаков К.В., 1981, 1984, 1992).

Учение об эмоциональном стрессе является синтезом учения о стрессе, общем адаптационном синдроме и теории эмоций (Губачев Ю.М., Стабровский Е.М., 1981). Эмоциональный стресс представляет собой наиболее важную разновидность психологического стресса, впервые описанного Р. Гринкером и Д. Шпигелем в 1945

году. Он возникает в том случае, если воздействующие стимулы осознаются и переживаются человеком как вредные, то есть является выражением психологического конфликта, затрагивающего значимые интересы личности (Мясищев В.Н., 1960). В ответ на возникшие переживания стресса немедленно вступают в действие механизмы психологической защиты личности, которые в итоге могут оказаться неспособными уменьшить неприятные субъективные переживания и нивелировать их (Гелльгорн Э., Луффорроу Г.Н., 1966). В этих условиях эмоциональное состояние обладает свойствами доминанты, нарушая психическую адаптацию и эмоциональный гомеостаз (Губачев Ю.М., Стабровский Е.М., 1981).

В своих работах авторы обращают внимание на то, что эмоциональный стресс обязательно имеет психологическое, двигательное и вегетативное сопровождение (Бергстрэм Б., 1970; Констандов Э.А., 1977; Симонов П.В., 1981; Судаков К.В., 1981; Вейн А.М. с соавт., 1991).

Овчинников Б.В. (1992) выделяет следующие признаки эмоционального стресса: тревога, страх и паника, агрессия, фрустрация, беспомощность, растерянность и другие. В числе объективных признаков: беспокойное поведение, нарушение координации и темпа движений, изменение тембра и скорости речи, мимика и жесты выдают волнение. Отмечаются изменения окраски кожи лица и других частей тела, потливость, учащенное мочеиспускание, тахипноэ, сердцебиение. Повышен расход энергоресурсов организма. Имеется ограничение работоспособности, ухудшение отношений с окружающими людьми. Человек в этом состоянии предпочитает упрощенную оценку ситуации, односторонние волевые решения, стереотипные и импульсивные действия. Внимание сужено, объем па-

мяти уменьшен, темп работы неравномерен, последовательность реализации заданных алгоритмов нарушена, творческие способности существенно ограничены.

Имеется тесная связь эмоционального состояния с изменением сознания, при котором речь, язык не только упрощаются на ходу, отбрасывая лишнее, но проходят также ряд стадий, отражая измененные состояния сознания человека, свойственные эмоциональному стрессу (Михайлова Н. А., Колычкова Т. А., 1980; Родионов А. А., 1985; Спивак Д. Л., 1986).

При длительном эмоциональном стрессе происходит изменение химических свойств и содержания нейромедиаторов в лимбико-ретикулярных структурах головного мозга, что приводит к формированию в этих структурах очагов "застойного" возбуждения с переходом их в устойчивую, стационарную форму. Эти изменения неизбежно вызывают напряжение эффекторных механизмов саморегуляции с последующей поломкой генетических или индивидуально ослабленных систем в locus minoris resistentiae на фоне все нарастающих генерализованных нисходящих влияний симпатической нервной системы (Судаков К. В., 1992). Невроз, развиваясь по психологическим механизмам, обязательно сопровождается персистирующим эмоциональным стрессом (Айрапетянц М. Г., Вейн А. М., 1982; Александровский Ю. А., 1993).

Таким образом, эмоциональный стресс в психосоматических отношениях выполняет функцию основного по значению моста, переброшенного между психическими и соматическими явлениями.

1.1.3. Влияние психики на трофические процессы в организме человека

Идея о влиянии нервной системы на трофические процессы была высказана впервые Magendi в 1824 году. Дальнейшее развитие она получила в работах: К.М. Быкова (1954), который доказал возможность возникновения деструктивных поражений внутренних органов в результате нарушения кортико-висцеральных взаимосвязей; А.Д. Сперанского (1955), предложившего универсальность нервных дистрофий и их участие в развитии всех патологических процессов; Л.А. Орбели (1962), показавшего, что эфферентный путь рефлексов, нарушающих трофику, лежит по симпатическим нервам, которые в нормальных условиях регулируют трофические процессы, а в условиях чрезмерного возбуждения симпатической нервной системы адаптационно-трофическая функция проявляется нарушением трофики тканей; С.В. Аничкова (1969), предложившего рассматривать дистрофические поражения органов, вызываемых стрессом, одним из видов рефлекторной дистрофии.

Кора больших полушарий осуществляет кортикальный контроль над нижележащими вегетативными центрами, осуществляет связь организма с внешней средой, обеспечивает гомеостаз в различных условиях, но в стрессовых ситуациях происходит нарушение регуляции висцеральных систем вследствие сшибки, нарушения "высшего управления" – кортикального управления вегетативными системами (Беллер Н.Н. с соавт., 1980).

Гистологические исследования показали, что нейрогенным дистрофическим изменениям подвергаются любые ткани организма (Заводская И.С. с соавт., 1987), а основной вегетативной "мишенью" аффекта является сердечно-сосудистая система (Губачев Ю.М. с соавт., 1993).

В патологии вегетативной нервной системы доминируют исполнительные органы, поэтому дефектные структуры, органы-мишени с минимальным резервом возможного увеличения своей функциональной активности в условиях стресса претерпевают изменения и нейрогенная дистрофия может перерастать в повреждение и некроз (Смирнов В.М. с соавт., 1989).

Главным достижением в исследовании психосоматических связей явились установление факта возможности развития любых по локализации и глубине поражения форм патологии соматических аппаратов при первичном нарушении высшей нервной деятельности (Губачев Ю.М., Стабровский Е.М., 1981).

1.1.4. Значение психогенного компонента в развитии нарушений сердечного ритма

Психогенный компонент любой патологии как проявление эмоциональных, интеллектуальных и волевых нарушений, связанных с сознанием, переживанием и отношением больного к своему состоянию, имеет свой вегетативный подтекст, который органично вплетается в структуру клинических проявлений заболевания, придавая им качественно новые черты, имитируя практически любое соматическое страдание (Смирнов В.М. с соавт., 1989; Симоненко В.Б., 1995).

Всякого рода отклонения в деятельности сердца заставляют больных настороживаться в отношении возможных серьезных осложнений и связанных с ними тяжелых для их здоровья, а иногда и жизни последствий. Некоторые больные с нарушениями сердечного ритма боятся ночного сна, так как слышали о наступлении вне-

запной смерти в ночное время. Однажды перенесенный приступ аритмии, становится предметом несвойственного ранее сосредоточения внимания на своем соматическом неблагополучии, что приводит к смещению иерархических ориентаций в сторону приоритета ценностей, связанных со здоровьем, к выработке в жизни больного режима "ограничений", к появлению разнообразных защитных поведенческих стереотипов, свидетельствующих об "ипохондрическом сдвиге личности" (Некрасов В. С., 1990).

Психогенные реакции, сопровождающие аритмии, могут проявляться в различных видах ипохондрического неистовства (раптуса), описанного как невроз страха, или кардиофобия. Своеобразный кардиофобический раптус часто составляет основу психогенного компонента пароксизмальных расстройств сердечного ритма. Возникает он на короткое время, когда сенестопатии в области сердца резко усиливаются и принимают устрашающий, панический характер с ощущением перебоев, остановки сердца, опустошенности в груди, сопровождаясь чувством наступающей смерти, "иссякания жизни" и отчаяния (Остроглазов В. Г., Павлов А. А., 1990).

С каждым эпизодом кардиофобического раптуса усиливаются проявления танатофобического состояния больных. С увеличением продолжительности аритмического анамнеза больных выше становится тревожный фон настроения, на котором проявляется обилие патологических ощущений, приводящих в свою очередь к ипохондрической фиксации. Мощное "фиксирующее" воздействие на симптоматику у аритмических больных оказывают необоснованные госпитализации в кардиологические стационары и отделения интенсивной терапии (Некрасов В. С., 1990).

Составляющей психогенного компонента у некоторых аритми-

ческих больных является напряженное чувство "борьбы за свою болезнь", яростное отстаивание концепции и тяжести своего заболевания в случае попытки убедить больного в том, что нарушения ритма не угрожают его жизни. Осознанно-вербализуемое стремление больного к выздоровлению сочетается со своеобразным негативным отношением и неосознанным сопротивлением лечению, создавая препятствия к "прямому" психотерапевтическому лечению. Данные особенности психического реагирования представляют собой "условно защитный" психологический механизм фиксации на реальной болезни как способе смягчения эмоционального напряжения в связи с наличием сложного, завуалированного и часто неосознаваемого самим больным личностного конфликта (Колосов В.П., 1990).

Таким образом, больные с тягостным субъективным восприятием нарушений ритма сердца имеют определенные особенности психического реагирования, связанные со сниженным порогом восприятия, интровертированностью, высоким уровнем ипохондризии, тревоги и склонностью к пониженному настроению, являющиеся проявлением синдрома личностной дезадаптации с психовегетативным аккомпанементом (Березин Ф.Б. с соавт., 1978; Губачев Ю.М. с соавт., 1993).

Исследования влияний психогенной стимуляции на сердечно-сосудистую систему показали практически мгновенную перестройку всего аппарата кровообращения, словно, психогенная стимуляция адресуется одномоментно ко всем отделам сердечно-сосудистой системы (Губачев Ю.М. с соавт., 1993). Длительно же существующее состояние повышенной тревожности может выполнять роль "пускового механизма" в развитии сердечно-сосудистой па-

тологии (Сосюкин А. Е., Жекалов А. Н., 1995).

В частности, сердечный ритм в значительной степени зависит от функционального состояния центральной нервной системы (Парин В. В., Федоров Б. М., 1966; Levitt B. et al., 1976; Ильина Л. И. с соавт., 1978).

Тесная взаимосвязь психики с сердечным ритмом демонстрирует самые разные и сложные его нарушения при первичном психогенном воздействии (Пуэнеску-Подяну А., 1976; Березин Ф. Б. с соавт., 1978; Томов Л., Томов И., 1979; Маколкин В. И., Аббакумов С. А., 1980; Меерсон Ф. З., 1984; Тополянский В. Д., Струковская М. В., 1986; Kroger F. et al., 1986; Вейн А. М. с соавт., 1987; Палеев Н. Р., Ковалева Л. И., 1989).

Аритмогенные механизмы психогенных воздействий достаточно сложны и пока не выяснены, но характерный для них нейровегетативный дисбаланс с выраженной стимуляцией симпатико-адреналовой системы приводит к снижению порога ранимости миокарда желудочков и его устойчивости к гипоксии, к нарушению сократительной функции и электрической стабильности миокарда вследствие прямого повреждающего воздействия катехоламинов на миокард, что вполне может являться причиной психогенных аритмий (Lown B., 1987; Brodsky M. A. et al., 1987; Follick M. J. et al., 1988; Parcker G. W. et al., 1990; Меерсон Ф. З., 1993).

У больных без органической патологии сердца причиной нарушения сердечного ритма (идиопатические аритмии) может быть функциональная неполноценность центральных и локальных стресс-лимитирующих систем (ГАМК-эргических, опиоидных), которые в условиях психоэмоционального стресса оказались неспособными ограничить и предотвратить стресс-реакции, электрическую

нестабильность и повреждение миокарда (Lown B., 1987; Никитин А.В. с соавт., 1992; Меерсон Ф.З., 1993; Лямина Н.П., Меерсон Ф.З., 1995).

Электрофизиологические эффекты адренергической стимуляции проявляются также в ускорении проводимости, усилении возбудимости и автоматизма всех тканей миокарда, а синусовый узел становится при этом самым уязвимым отделом проводящей системы сердца, что способствует облегченному, спонтанному возникновению приступов тахиаритмий, включая желудочковые аритмии высоких градаций (Авакян О.М., 1988; Podrid P.J. et al., 1990; Кисляк О.А. с соавт., 1993).

У больных, уже имеющих органические изменения миокарда, психогенные воздействия и, как следствие, остро возникающая гипокалиемия, могут создать угрозу внезапной смерти вследствие развития опасных желудочковых тахиаритмий (Morganroth J., 1985). Провести же четкую грань между психогенными и органическими изменениями миокарда чрезвычайно трудно, потому что они могут существовать друг возле друга (Кушаковский М.С., 1992).

Весьма интересными представляются 24-х летние наблюдения с детского возраста за 49 больными, страдающими пароксизмальными наджелудочковыми тахикардиями, которые показали, что у 11,4 % больных пароксизмов тахикардии не было без приема каких-либо препаратов, а повторные ЭФИ сердца лишь у 8,1 % позволили выявить сохранение электрофизиологических условий для развития тахикардии. У других 3,3 % больных полностью отсутствовала возможность индуцирования тахикардии (Гросу А.А., Шевченко Н.М., 1992). Данные варианты течения заболевания, веро-

ятнее всего, обусловлены особенностями психической деятельности больных.

Особенности психического реагирования оказывают весьма существенное влияние даже на исход кардиохирургического лечения - на частоту послеоперационных осложнений (Шевченко Ю.Л. с соавт., 1994), а "вегетативный фон" эмоций определяет вариабельность нарушений сердечного ритма (Bailey J.C. et al., 1985; Смирнов Г.И., 1992; Жаринов О.И. с соавт., 1993).

Для развития широкого круга аритмий с доминированием психогенного компонента имеется совершенно определенная патофизиологическая основа, заключающаяся в особенностях вегетативной регуляции сердечного ритма, а именно: в увеличении плотности симпатических волокон по направлению от синусового узла к миокарду желудочков и обратном расположении холинергических волокон блуждающего нерва, в различии невральных воздействий на мембранный потенциал покоя холинергических и адренергических влияний, в возможности нарушения иерархии центров автоматизма и спонтанной активации "дремлющих" дополнительных пучков предсердно-желудочкового проведения при избыточной симпатической активации (Delius W. et al. 1980; Исаков И.И. с соавт., 1984; Бокерия Л.А., 1989; Кушаковский М.С., 1992; Губачев Ю.М. с соавт., 1993; Розенштраух Л.В., Зайцев А.В., 1994).

Значение психогенного компонента особенно велико при проведении лечебных мероприятий у больных с аритмиями, так как субъективная непереносимость аритмии является одним из основных показаний к назначению антиаритмической терапии (Шевченко Н.М., Гросу А.А., 1992).

Психотерапевтические воздействия на больных с нарушениями

сердечного ритма свидетельствуют о больших возможностях психотерапии при оказании эффективной помощи аритмическим больным, добиваясь в заболевании стойких и длительных ремиссий (Рожнов В.Е., 1990; Зяблов Ю.И., 1995).

1.2. Измененные состояния сознания как компенсаторно-приспособительные реакции психики

Феномен измененных состояний сознания (ИСС) до недавнего времени являлся объектом, в основном зарубежных исследований, где в раннем упоминании ИСС представлялись как "альтернативные состояния сознания", "аналогия помешательства", как "психоидные явления". В дальнейшем они определялись как "сноподобное помрачение", "помраченное распадающееся сознание", "перестройка сознания", "прерывные состояния сознания", "необычные состояния сознания" (Рончевский С.П., 1938; Гроф С., 1994).

A. Dittrich (1979), координировавший работу ученых в "Международном исследовании измененных состояний сознания", предложил теорию "смежных состояний сознания", согласно которой состояния сознания прерывны настолько, чтобы ими управляли разные закономерности, однако между собой ИСС имеют линейные корреляции и определенные общие свойства, независимо от способов их вызвания и интенсивности.

C. Martindale (1981), возглавлявший международный "Журнал измененных состояний сознания", предложил рассматривать изменения сознания как регрессию бодрствующего ("вторичного") сознания к гештальтному ("первичному"), пронизывая наподобие оси все сознание.

У. Джеймс считал, что наше бодрствующее сознание есть не более чем один особый тип сознания, в то время как повсюду вокруг него лежат совершенно другие, "потенциальные формы сознания", отделенные тончайшей преградой (Цит. по Крику Ф., Коху К., 1992).

Отечественные авторы представляли ИСС "псевдопсихотическими состояниями" (Лебедев В.И., 1989). По мнению П.Б. Ганнушкина (1964), этот синдром "...почти не поддается описанию. Лучше всего охарактеризовать его отрицательным признаком – неспособностью правильно расценивать окружающее".

Известный психолог Графт считает, что обычное "бодрствующее" сознание характеризуется тем, что человек воспринимает себя существующим в определенных границах своего физического тела, знает кто он есть и его восприятие окружающего мира ограничено возможностями экстерорецепторов. При таком сознании чувство тождественности устойчиво и резко выражено, любое отклонение от Эго-границ – симптомы нарушения сознания, патология (Цит. по Кондрашенко В.Т., Донскому Д.И., 1993).

Измененные состояния сознания являются естественным и неотъемлемым элементом бодрствования здорового человека, имеют разнообразные причины, недолго продолжаются, сменяются состоянием сознания, свойственным спокойному бодрствованию, либо иным ИСС (Chertok L., 1958; Erickson M.H., 1941; Erickson M.H. et al., 1961).

Э.А. Асратян (1963), не указывая на ИСС, считал, что непрерывное, кратковременное колебание процесса торможения в ЦНС направлено на отдых и восстановление психических процессов и является своего рода "ремонтом мозга на ходу". В отечественной

литературе при описании ИСС здорового человека чаще употребляются термины "сужение сознания", "психическое напряжение", но указаний на изменение сознания не приводится (Спивак Л.И., 1988).

Итак, измененное состояние сознания – это качественно новый, сниженный уровень течения психической деятельности, определяемый большей или меньшей степенью нарушения отдельных психических функций и их взаимных корреляций с неизбежным существованием качественно различных состояний сознания и различной глубины его нарушения (Архангельский А.Е., 1994).

ИСС возникают в естественных и осложненных (в том числе экстремальных) условиях существования человека, а именно: физическое и умственное перенапряжение, глубокие психические переживания, субъективно нереализованные устремления, затрудненная адаптация и дезадаптация, нарушение суточного ритма (десинхроноз), сенсорная депривация, монотония, гипноз, информационная неопределенность, социально-психологические ограничения, токсическое действие различных веществ и медикаментов (алкоголь, наркотики, транквилизаторы, инсулин в больших дозах, сборы некоторых трав и другие средства) (Спивак Л.И., 1988; Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., 1993 ; Миневич В.Б., Дремов С.В., 1994).

Составлена достаточно полная феноменология ИСС у здоровых людей в которой объединены: дереализационные и деперсонализационные явления; экстернизиационные реакции с раздвоением личности, сопровождающиеся деятельным и верbalным контактом с мнимым образом; потеря восприятия преемственности действий; сужение сознания, проявляющееся сосредоточением на ограничен-

ном круге эмоционально окрашенных представлений; повышение порога восприятия; ощущение изменения течения времени; возможность полной и точной ориентировки в месте и времени только после сосредоточения внимания; пароксизмы дремотного и сонного состояний; чрезмерная обыденность происходящего; гипнагогические явления; психоэмоциональная напряженность: переживание страха, испуга, тревоги, иногда с "выключением" из сознания других событий; интерпретационные моменты при отсутствии полной информации; доминирующие идеи; активация процессов воображения; персонификация неодушевленных предметов и животных; изменение двигательной активности; поведенческие автоматизмы; эмоционально обусловленные изменения памяти; появление неприятных вегетативных и соматических ощущений (Спивак Л.И., 1988; Лебедев В.И., 1989; Миневич В.Б., Дремов С.В., 1994).

Характерными чертами ИСС являются: непредвзятость восприятия, непосредственность реагирования и повышение гипнабельности (Ротенберг В.С., Аршавский В.В., 1984).

Общебиологическое значение измененных состояний сознания заключается в том, что измененный режим работы головного мозга сопровождается, помимо психопатологических проявлений, также измененной биохимией мозга, связанной с образованием в мозговых синапсах разных структур коры и подкорковых образований головного мозга, высокоактивных нейрохимических веществ - нейропептидов, энкефалинов, эндорфинов (Архангельский А.Е., 1994), которые нетоксичны и обладают выраженными лечебными свойствами стимулирующего, седативного и обезболивающего действия (Chretien M. et al., 1983; Richards L.F., 1984; Крыжановский С.Н., 1984; Чепурнов С.А., Чепурнова Н.Е., 1985).

Нейропептиды – "вещества сопровождения программ" – сопровождают ИСС, являясь аппаратом реализации соответствующего функционального состояния и соответствующей стратегии поведения благодаря формированию и актуализации наиболее близкой адекватной программы реагирования (Бехтерева Н. П. с соавт., 1988).

Каждому уровню сознания соответствует совершенно разный характер паттернов метаболической активности головного мозга, а психика в измененных состояниях сознания спонтанно проявляет высокие терапевтические возможности, преобразуя и растворяя в этом процессе те или иные симптомы (Гольдман-Ракич П. С., 1992; Гроф С., 1994).

В. П. Казначеев (1980) считает, что в процессе адаптации к экстремальным условиям у человека, благодаря сознанию, создаются субъективные модели окружающей среды и его места в ней, а от адекватности этих моделей реальной действительности зависит и дальнейшая адаптационная стратегия. Роль сознания в развитии неврозов и психосоматических заболеваний подчеркивает Д. Б. Фурст (1957), считая невроз извращенной социальной практикой вместе с ограничением сознания и извращением его структуры.

Таким образом, ИСС рассматриваются как общая, "родовая" характеристика сознания, как неспецифические компенсаторные реакции психики, направленные на оптимизацию психической деятельности в непрерывно изменяющихся условиях окружающей среды (Миневич В. Б., Дремов С. В., 1994).

1.3. Отдаленные последствия массивных психотравмирующих воздействий

Негативные психические последствия, возникающие в результате массивного психотравмирующего воздействия на человека комплекса факторов угрожающего или катастрофического характера (военные действия, катастрофы, аварии, насилие, стихийные бедствия) в разное время получали различные названия ("военный невроз", "военная усталость", "боевое истощение", "боевое переутомление", "посттравматический невроз", "центральный физионевроз", "психическая травма", "синдром отсроченного стресса" и другие) (Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., 1992; Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., 1995).

В начале нынешнего столетия последствия травматического стресса входили в группу заболеваний, именуемых "симбантопатиями" или "психозами от превратностей судьбы", возникающих "психическим путем на почве волнений от несчастья" (Блейлер Е., 1993).

В 1871 году Якаб Да Коста описал солдат, страдающих сердцебиениями после тяжелых сражений и ввел понятие "солдатское сердце". Этот термин явился предшественником современного широко распространившегося термина PTSD-синдрома (post traumatic stress disorder) – синдрома посттравматических стрессовых расстройств (Olivier E.J.F., 1995).

Широкомасштабные исследования последствий боевых действий у воевавших во Вьетнаме американских солдат позволили зарубежным авторам в 1980 году выделить симptomокомплекс, получивший название PTSD-синдрома, который в дальнейшем был включен в международную классификацию болезней – МКБ-10 (Horowitz M.J. et al., 1980).

В процессе исследований стало очевидным, что воздействие

на человека различных психотравмирующих факторов приводит к однотипным изменениям, к формированию состояния, которое, по мнению зарубежных авторов, не подпадает ни под одну из имеющихся в психиатрической практике классификаций (Mlelik M., 1978; Spitzer R.L., Williams J.B., 1985; Tishler G., 1985; Silver S.M., Iacono C., 1986; Friedman M.J., 1991).

Зарубежные исследования показали, что после Вьетнамской войны 30% ветеранов имели PTSD и еще у 25% выявлялись его субклинические симптомы, среди раненых и калек количество страдающих PTSD достигало 42%, после заключения в концентрационном лагере, с течением времени, это заболевание появилось в 75%. В разное время покончили собой от 54 до 108 тысяч ветеранов, а от 35 до 45 тысяч в настоящее время ведут замкнутый образ жизни, от 30 до 56% бывших пленных второй мировой войны все еще страдают PTSD (Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., 1992; Kerst A.J.F., 1995; Olivier E.J.F., 1995).

Существует утверждение, что от 5 до 15% населения имеют субклинические проявления PTSD, а от 1 до 3% переносят его на протяжении жизни. В группах повышенного риска, в которых высока вероятность психических травм, PTSD отмечается в 5-75% случаев (Olivier E.J.F., 1995).

Отечественные исследования показали, что из 620 тысяч уроженцев России, прошедших через войну в Афганистане, примерно 100 тысяч ветеранов этой войны страдают от PTSD (Краснянский А.Н., Морозов П.В., 1995). Психические последствия боевого стресса у бывших комбатантов афганской войны не менее, чем в 40-80% случаев становятся затяжными и могут продолжаться годы, десятилетия, становясь в ряде случаев необратимыми (Литвинцев

С. В., Нечипоренко В. В., 1995).

А. А. Новицкий (1993), исследуя участников боевых действий в Афганистане, ставших жертвами психотравмирующих воздействий, выявил характерные клинико-физиологические и биохимические проявления сформировавшихся нарушений. Автор выделил их в синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения, который является донозологической формой нарушения резистентности при хроническом воздействии на организм факторов чуждой экологии и психоэмоционального напряжения.

Через 2 года после катастрофы атомной подводной лодки "Комсомолец" в водах Норвежского моря в 1989 году 45% пострадавших высказывали жалобы относительно соматической symptomатики, 65% испытывали трудности в социальной адаптации, лишь 30% спасенных моряков смогли вернуться к привычной профессиональной деятельности. Многолетние наблюдения выявили устойчивую тенденцию к ухудшению функционального состояния оставшихся в живых моряков (Боченков А. А. с соавт., 1995).

Зарубежные исследователи диагностическими критериями PTSD считают: 1) наличие самого факта воздействия травмирующей ситуации, выходящей за рамки обычного общечеловеческого опыта; 2) symptomатика развивается спустя не меньше месяца после психотравмы и проявляется внезапно на фоне общего внешнего благополучия человека, становясь со временем все более выраженной; 3) повторные переживания травмы во сне и мыслях при бессоннице, ночные кошмары, навязчивые воспоминания и возвращение к травмирующей ситуации по ассоциации или сходству обстоятельств; 4) постоянное избегание напоминаний о травме и оцепенение при таких напоминаниях; 5) частые пробуждения (Horowitz M. J.

et al., 1987; Ursano R.J., 1987; McFall M. et al., 1991; Kerst A.J.F., 1995).

Поиск механизма развития PTSD показал, что центральная роль в его формировании принадлежит активации процесса воображения (Lang P.J., 1979; Lang P.J. et al., 1983; Brett E.A. et al., 1985; Stutman R. et al., 1985; Pitman R.K. et al., 1987).

Наглядным примером влияния воображения на функциональное состояние пострадавших является высказывание одного из подводников через несколько лет после трагедии подводной лодки "Комсомолец": "Только представишь эту ситуацию - холодом обдает, во рту сухо, руки трястись начинают. Потом целый день плохое настроение. Домой приходишь - срываешься по любому пустяку, ругаешься, ночью кошмары снятся, устал от всего этого" (Боченков А.А. с соавт., 1995).

У страдающих PTSD нарушены в сознании гармоничность и целостность существующего мира и собственной личности, что отражается на способах выхода из посттравматического стресса (алкоголь, наркотики, погруженность в работу, всяческое избегание напоминаний о травме, социальная изоляция) (Baum A. et al., 1983; Hendin H. et al., 1984; Frank R.G. et al., 1987; Janoff-Bulmann R., 1989). По сути, речь идет о нарушенной системе отношений личности, характерной для невротических состояний.

Самостоятельно выздоравливают полностью лишь около 30% страдающих PTSD и несмотря на активные разработки, связанные с терапией PTSD, отсутствие единой теории, объясняющей природу и механизм посттравматических нарушений личности, не позволяет эффективно проводить лечение развивающихся расстройств (Horowitz

M.J., 1973; Schwarth H.J., 1984; Mutter C.B., 1987; Lyons J.A. et al., 1989; Olivier E.J.F., 1995).

Вышеизложенный обзор литературы свидетельствует о неоднозначности суждений многих авторов по данной проблеме, о попытке введения новой нозологической формы психических расстройств, возникающих после массивных психотравмирующих воздействий. Сторонниками данной умозрительной концепции в основном являются зарубежные психиатры и психологи, но большинство клиницистов продолжают пользоваться утвердившимися терминологическими понятиями (преневротические, невротические, психосоматические расстройства) и подходами к лечению невротических и психосоматических расстройств.

1.4. Феноменология гипнотических состояний, возможности гипносуггестии

С позиций физиологической теории И.П. Павлов и его ученики рассматривали гипноз как частичный сон, как "условный сонный рефлекс", считая гипноз и сон едиными по своей природе процессами (Павлов И.П., 1949, 1951; Платонов К.И., 1962). С этих позиций можно объяснить лишь пассивный гипноз, а различные формы активности личности в гипнотическом состоянии не могут быть интерпретированы в рамках представлений о процессах возбуждения и торможения (Kratochvil S., 1970; Райков В.Л., 1982).

Факты многочисленных исследований противоречат теории гипноза как сна, а электрофизиологические данные не дают оснований приравнивать явления гипноза к естественному сну (Hill-

gard E. R., 1965; Marcuse F. L., 1977).

П. В. Симонов (1975) с филогенетических позиций трактует гипноз как специфическую форму бодрствования. Согласно концепции В. Л. Райкова (1982), гипноз представляет собой естественный психологический феномен, повышенную потенциальную готовность психики к приему информации, ее переработки и реализации в деятельности.

Л. Шерток (1982) называет гипноз "третьим состоянием организма" наряду с состояниями бодрствования, сна. Ведущие исследователи в области гипноза E. R. Hilgard (1977), E. Fromm, R. E. Shor (1979) рассматривают гипноз как особое измененное состояние сознания, отличимое и клинически дифференцируемое от самых разнообразных состояний (бодрствования, сна, патологических нарушений сознания, нарушений сознания при приеме алкоголя или наркотиков). Имеются указания на весьма активный характер гипнотического состояния (Hilgard E. R., 1970; Marcuse F. L., 1977).

Итак, гипнотические состояния представляют собой не что иное, как контролируемые и управляемые врачом измененные состояния сознания (Архангельский А. Е., 1994), связанные с особым измененным восприятием информации, окружающего и с повышенной управляемостью почти всех функций организма в пределах влияния аффектов (Блейлер Е., 1993; Мышляев С. Ю., 1994).

В. М. Бехтерев (1903, 1911), признавая гипноз как клиническую реальность, считал, что он вызывается внушением (суггестией), которое представляет собой процесс непосредственного прививания верbalными и неверbalными средствами различных психических явлений (идей, чувствований, ощущений, действий).

другому лицу при отвлечении волевого внимания или его сосредоточении, не требуя вообще никаких доказательств и не нуждаясь в логике.

Внушение есть универсальное явление общественной жизни, неотъемлемое свойство любого человеческого общения (Бехтерев В. М., 1903; Куликов В. Н., 1978; Козача В. В., 1986; Янчук В. А., 1986). В этой связи, внушаемость рассматривается как личностно детерминированный процесс безусловного принятия задаваемой извне информации, как готовность человека доводить воображение до такого эмоционального предела, при котором оно воспринимается как действительность, не зависимо от того, реализуется ли внушение только в восприятиях или вовлекаются также соматические функции (Линецкий М. Л., 1982).

Гипносуггестия представляет собой внушение в гипнотическом состоянии необходимой информации с целью ее немедленной или отставленной постгипнотической реализации (Варшавский К. М., 1973). Традиционно в гипнотическом состоянии выделяют 3 стадии по В. М. Бехтереву (1911), А. Форелю (1928):

- 1 стадия – легкий гипноз (сомноленция);
- 2 стадия – средний гипноз (гипотаксия);
- 3 стадия – глубокий гипноз (сомнамбулизм).

В гипнотическом состоянии нарастает внушаемость пациента, вплоть до гипервнушаемости, посредством установления особо тесной психологической связи с врачом – раппорта, который является каналом передачи суггестивной информации во время сеанса и после него (Рожнов В. Е., 1971, 1974).

Феноменология гипнотических проявлений отличается удивительным, необычайным полиморфизмом. В гипнотическом состоянии

репродуцируется практически любая деятельность, любые психологические состояния (как имевшие место в жизненном опыте человека, так и гипотетически возможные), моделируются самые разнообразные клинические проявления функционального и в ряде случаев органического характера, наблюдаемые во врачебной практике (Овчинникова О.В. с соавт., 1989).

Так, внушения в гипнозе способны изменить деятельность любого органа чувств (изменить остроту зрения, вызвать цветовую слепоту, глухоту), вызвать любые произвольные движения и двигательные расстройства (монопарез, парапарез, паралич мышц языка, голосовых связок, каталепсию), расстройства чувствительности, галлюцинации и иллюзии в пределах одного анализатора или в их сочетании, нарушения восприятия и психосенсорные расстройства (искажение восприятия времени, нарушение схемы тела, ориентировки в пространстве), агнозии (забывание определенных периодов жизни, практических навыков и знаний) и другие феномены (Гrimak L.P., 1978; Шертоқ Л., 1982; Овчинникова О.В. с соавт., 1989).

В сомнамбулической стадии гипноза вызываются самые разнообразные "превращения" личности, осуществляется регрессия и прогрессия возраста с соответствующим воспроизведимому возрасту словарным запасом, изменением почерка, детским интеллектом, характерным детским плачем, спонтанными хаотическими движениями, "плаванием" глаз, сосательным рефлексом, хватательным рефлексом Бабинского и даже соответствующей детской электроэнцефалограммой (Майоров Ф.П., Суслова М.М., 1946; Kroger W.S., 1963; Райков В.Л., 1983).

Описан случай, когда нормальная ЭЭГ взрослого человека

начинала обнаруживать в гипнотическом состоянии признаки эпилептической активности в том возрасте, в котором, по его словам, наблюдались эпилептические припадки (Burrows G.D., Dennerstein L., 1980).

Внущенная врачом информация автоматически трансформируется в постгипнотическом периоде в бессознательную установку, которая решающим образом реализуется пациентом помимо его воли, по крайней мере, в течение двух месяцев, иногда оставаясь действенной в течение нескольких лет (Узнадзе Д.Н., 1961, 1963; Kroger W.S., 1963).

Исследования внущенных в гипнозе эмоциональных состояний и их вегетативных проявлений проводятся уже более 100 лет (Бехтерев В.М., 1905; Срезневский В.В., 1926; Мясищев В.Н., 1929; Blum G.S., 1979; Levitt E.E., Chapman R.H., 1979).

Ряд авторов убедительно доказали, что с помощью суггестивных воздействий в гипнозе можно спровоцировать тканевые, гуморальные и даже иммунологические изменения, ожог, ослабление кожных реакций на инъекции аллергенов, остановить кровотечение, купировать болевой синдром, изменить содержание глюкозы в сыворотке крови, вызвать приступ эпилепсии и купировать его, а также эффективно проводить лечение фиброзной мастопатии, алиментарно-конституционального ожирения, нервно-психических расстройств, способствовать выздоровлению при соматических заболеваниях (Подьяпольский П.П., 1905; Подьяпольский П.П., 1913; Бахтияров В.А., 1929; Kroger W.S., 1963; Kroger W.S., Fezler W.D., 1976; Mc Guinness T.P., 1984; Moldawsky R.J., 1984; Goldberg B., 1985; Kluft R.P., 1985; Gravitz M.A., 1988; Pagano R.R. et al., 1988; Venn J., 1988; Whitehouse W.G. et

al., 1988; Culbertson F.M., 1989; Holroyd J., Hill A., 1989; Holroyd J., Maguen E., 1989; Patterson D.R. et al., 1989; Rellinger H., 1989; Красноперов О.В. с соавт., 1995).

Интересен опыт эффективного применения гипноза при лечении гемофилии у 30 пациентов. После 16 сеансов гипнотерапии с введением внушений, предусматривающих снижение вероятности появления кровотечений, особенно в стрессовых ситуациях, и одновременного обучения аутогипнозу потребность в медикаментозной терапии значительно снизилась, что в итоге обеспечило экономию примерно 850 долларов в месяц на каждого больного (Swirsky-Sacchetti T., Margolis C.G., 1986).

Клинический опыт применения гипнотерапии в лечении заболеваний, традиционно относящихся к психосоматическим (язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, нейродермит и другие), обстоятельно изложен в работах многих авторов (Васильева Г.К., 1953; Картамышев А.И., 1953; Ефимов А.С., 1955; Буль П.И., 1968; Докторский Я.Р., 1974), но широта эффективного применения гипносуггестии до настоящего времени не перестает удивлять исследователей (Овчинникова О.Ю с соавт., 1989).

Исследования резервных возможностей психики в гипнозе убедительно свидетельствуют об активном, деятельном состоянии человека в глубокой стадии гипноза, о возможности активации психических процессов, об улучшении продуктивности памяти, о повышении творческого потенциала человека и принципиальной возможности быстрого обучения в гипнозе и естественном сне (Salter A., 1950; Петров Ю.А. с соавт., 1964; Каплан Е.Я. с соавт., 1965; Зухарь В.П., 1968; Райков В.Л., 1968, 1970,

1983; Whitehouse W.G., 1988; Relinger H., 1989).

Для самокоррекции функционального состояния и укрепления эффекта симптоматического лечения предложены различные техники обучения аутогипнозу, а полученный при этом навык аутогипнотического погружения был достаточно прочным и не утрачивался с годами (Salter A., 1950; Rhodes R.H., 1952).

На X-ом Международном конгрессе по гипнозу в психосоматической медицине в 1985 году (Торонто), на IV-ом Европейском конгрессе по гипнозу и психотерапии в психосоматической медицине в 1987 году (Оксфорд) было отмечено, что гипносуггестивная терапия является одним из самых долговечных и эффективных методов лечения, получившая международное признание в клинической и экспериментальной областях исследования (Овчинникова О.Ю. с соавт., 1989).

1.4. Заключение

Эффективность психотерапии в целом не вызывает сомнений, тем не менее продолжается полемика о том, какая именно психотерапия является лучшим средством лечения (Smith M.L., Glass G.V., 1977). В частности, Б.В. Овчинников (1992) считает гипноз самым эффективным способом психологического воздействия, особенно в замене лекарств, предотвращающих психологический стресс, в мобилизации резервных возможностей человека, в подготовке к экстремальным физическим и психическим нагрузкам.

В настоящее время психотерапевтические методы не нашли широкого применения в военно-морской практике. В доступной литературе отсутствуют исследования по оценке внушаемости под-

водников в длительном плавании и соответственно отсутствуют данные по использованию гипносуггестии в сохранении оптимального психического состояния и работоспособности плавсостава подводных лодок в период пребывания в условия автономного похода. Это требует изучения динамики внушаемости подводников в автономном плавании и оценки эффективности применения гипносуггестии для профилактики развития и углубления преневротических и невротических расстройств непосредственно в условиях длительного автономного плавания.

Особую клиническую значимость представляют тяжелые нарушения сердечного ритма у больных с невротическими состояниями, возникающие после психотравмирующих воздействий и угрожающие развитием внезапной смерти (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Губачев Ю.М. с соавт., 1993).

В этой связи "психотерапевтической мишенью" следует выбрать аритмии, в том числе тяжелые, у больных с невротическими состояниями, развившимися после массивных психотравмирующих воздействий.

Поскольку в психотерапевтической практике существует проблема объективизации и доказательности результатов применения психотерапии, в частности гипнотерапии, поэтому для получения наиболее полного представления об эффективности гипнотерапии в лечении неврозов и психосоматических заболеваний следует разработать методику оценки эффективности гипносуггестивной терапии.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика исследуемых групп.

Всего обследован 61 человек, которые составили 2 исследовательские группы.

I группу составил 41 подводник одного экипажа атомной подводной лодки из числа офицеров и мичманов, имевших опыт участия в длительных автономных походах. Исследование проводилось на Северном Флоте в июле-октябре 1991 года в период длительного автономного плавания (94 суток).

В зависимости от наличия у подводников расстройств психической деятельности и планируемой в походе гипнотерапии углубления имеющихся расстройств I группа была разделена на 3 подгруппы: IA, IB, IV.

Отбор подводников с преневротическими и невротическими состояниями проводился на основании критериев диагностики, предложенных В.И. Курпатовым (1991, 1994), а также на основании данных бланковых методик экспресс-диагностики стадий невротических расстройств (Смирнов В.К. с соавт., 1989).

Критериями выявления подводников с преневротическими состояниями являлись следующие симптомы ("аналоги симптомов"): фиксация на психологических трудностях корабельной службы и их гиперболизация, ощущение общего дискомфорта, чувство общей усталости, отсутствие бодрости, повышенная истощаемость, эмоциональная лабильность, неустойчивость настроения, повышенная чувствительность к раздражителям.

Кратковременная стадия невротических расстройств основы-

валась на следующей симптоматике: повышенная раздражительность, вспыльчивость, кратковременные аффективные реакции - "вспышки по пустякам", головные боли, нарушения сна, отсутствие бодрости после пробуждения, волевое противостояние болезни.

С преневротическими и невротическими состояниями выделено 26 подводников, из них: 19 моряков с преневротическими состояниями и 7 моряков с кратковременной стадией невротических расстройств. Большинство моряков высказывалось о плохой переносимости длительных плаваний, а свое "ненормальное" психическое состояние моряки связывали с предпоходовым напряжением в период подготовки к плаванию, с "остаточной усталостью" от предыдущего похода и семейными конфликтами.

Устойчивой и затяжной стадии невротических расстройств у подводников не выявлено. Из 26 подводников составлены две подгруппы (IA и IB).

IA - психотерапевтическая подгруппа - 11 моряков, возраст которых на момент выхода в море находился в пределах от 24 до 42 лет, средний возраст $31,5 \pm 1,58$ лет ($M \pm m$). Преневротическое состояние определялось у 7 подводников. Кратковременная стадия невротических расстройств - у 4 моряков. Выявленные расстройства психической деятельности не отражались на выполнении моряками своих служебных обязанностей. Подводникам данной подгруппы в течение всего периода плавания проводились сеансы гипносуггестии. Ранее сеансы психотерапии им никогда не проводились.

Согласно записям в медицинской книжке и результатам предпоходового обследования у некоторых подводников диагностирова-

ны соматические заболевания: хронический комбинированный геморрой в стадии стойкой ремиссии – 1 человек; атеросклероз аорты – 1 человек; пародонтоз средней степени тяжести – 1 человек; остеохондроз поясничного отдела позвоночника без нарушения функции – 1 человек. У 3 моряков соматической патологии не выявлено.

IБ – контрольная подгруппа – 15 моряков в возрасте от 23 до 39 лет, средний возраст $28,8 \pm 1,17$ лет ($M \pm m$), которым гипнокоррекция в походе не проводилась. Неврно-психическое неблагополучие подводников проявлялось в том, что у 12 моряков подгруппы установлено преневротическое состояние. Других заболеваний у подводников не выявлено.

IB – контрольная подгруппа – 15 моряков в возрасте от 23 до 46 лет, средний возраст $31,9 \pm 1,46$ лет ($M \pm m$). На момент формирования группы подводники жалоб не предъявляли. Соматический статус группы характеризовался наличием у 1 подводника начальных явлений деформирующего артоза правого коленного сустава без нарушения функции и еще у одного – атеросклероза аорты. Остальные 13 моряков подгруппы не имели диагностированных заболеваний на момент выхода в море.

II группу составили 20 больных с невротическими состояниями, которые помимо невротического уровня психических расстройств сопровождались среднетяжелыми (12 больных) и тяжелыми (4 больных) нарушениями ритма сердца, а также другими психосоматическими расстройствами (бронхоспастический синдром, псевдоаллергическая крапивница и псевдоаллергический отек Квинке, гипертоническая болезнь I стадии).

В клинике невротических состояний доминировали асте-

но-ипохондрический (9 больных), астено-депрессивный (6 больных) синдромы, а также истерический синдром (3 больных) и психастенический симптомокомплекс (2 больных).

Из 16 больных с нарушениями ритма сердца было 8 мужчин и 8 женщин. Возраст больных колебался от 13 до 57 лет, средний возраст $38,9 \pm 3,30$ лет ($M \pm m$). Нарушения сердечного ритма у данных больных отличались стойкой резистентностью к проводимой ранее антиаритмической терапии, в связи с чем все больные были направлены на стационарное обследование с последующей возможной хирургической коррекцией ритма сердца.

У всех больных первый приступ аритмии был непосредственно связан с пережитыми массивными психотравмирующими событиями (аварии, катастрофы, смерть близких людей, насилие). Аритмический анамнез до лечения в среднем составлял $6,6 \pm 0,66$ года ($M \pm m$). У 2 больных диагностирована желудочковая парасистолия, у 10 больных – пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, у 4 больных выявить морфологическую основу аритмии не удалось, поэтому они отнесены к группе идиопатических нарушений ритма сердца. У 12 больных выявлена органическая основа аритмий: атеросклеротический кардиосклероз, миокардитический кардиосклероз, аномалии проводящей системы сердца (дополнительные атриовентрикулярные соединения, продольная диссоциация атриовентрикулярного соединения). Другие сопутствующие заболевания выявлены у 11 больных.

Психотерапевтическое лечение больных проводилось в Главном госпитале Северного Флота, в клинике психиатрии ВМедА, а также в клинике кардиохирургии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

2.2. Методы исследования.

В I группе (подводники) основные исследования проводились до похода и на трех этапах похода: на 9–14, 32–37 и 78–88 сутки, кроме того в подгруппе IA исследования проводились на 18–20, 25–28, 49–51, 60–64 сутки автономного плавания. Для оценки состояния гемодинамики в гипнотических сеансах исследования проводились до сеанса, в момент введения в гипноз, при максимальной глубине гипнотического сна, в момент выхода из гипнотического состояния и после сеанса.

На этапах исследования внушаемость подводников определялась наиболее распространенными тестами: падение вперед, падение назад (Буль П.И., 1955, 1992; Слободянник А.П., 1982).

Оценка степени внушаемости проводилась в баллах по следующим критериям: высокая внушаемость (гипервнушаемость) – 4 балла, если выполнение теста достигалось легко и подводник не мог воспрепятствовать ему волевым усилием; средняя степень внушаемости – 3 балла, если приложение большого усилия позволяло подводнику с трудом противостоять выполнению теста; низкая внушаемость – 2 балла, когда при небольшом усилии тест не реализовывался; мало (не) внушаемые – 1 балл, если реакции на пробы не было вовсе. К высоковнушаемым относились моряки с трех- и четырехбалльными степенями внушаемости, к маловнушаемым относились моряки с одно- и двухбалльными степенями внушаемости (Линецкий М.Л., 1982).

Введение в гипнотическое состояние осуществлялось методами фасцинации (фиксации взгляда – метод Фария) и релаксации (техника Платонова К.И.) (Кондрашенко В.Т., Донской Д.И.,

1993).

Глубина гипнотического сна оценивалась по общепризнанным критериям (Бехтерев В.М., 1911; Форель А., 1928).

Лечение психосоматических расстройств проводилось по разработанной нами методике гипнотерапии, которая основывалась на строгой последовательности предъявления в гипнотическом состоянии лечебных суггестивных образов и соблюдении определенных этапов в гипносуггестивной терапии:

1. Оценка внушаемости пациента общепринятыми пробами.
2. Разъяснение больному в психотерапевтической беседе перед сеансами предполагаемый механизм развивающихся расстройств – предложение концепции болезни и пути гипносуггестивного воздействия на ключевые звенья патогенеза, используя для наглядности восприятия рисунки на бумаге.
3. Установление с больным прочного гипнотического rapportа в первых двух сеансах гипносуггестии.
4. Дезактуализация в сознании пострадавшего, находящегося в гипнотическом состоянии, комплекса впечатлений и переживаний прошлых психотравмирующих событий.
5. Гипносуггестивная избирательная блокировка сновидений, связанных с пережитыми психотравмами.
6. Органонаправленные суггестии в гипнотическом сне.
7. Введение суггестий с целью "автоматического" поддержания лечебного эффекта.

Оценка эффективности гипносуггестивной терапии проводилась с использованием предложенной нами методики, которая позволяет оценить психотерапевтический эффект в нескольких случаях: а) когда в лечении заболевания применяется только гипноте-

рапия; б) когда предшествующая терапия оказывается безуспешной, но при этом она либо отменяется, либо остается неизменной накануне и в течение всего курса психотерапии. Оценка эффективности гипнотерапии проводится в баллах по четырем критериям оценки:

I критерий оценки - "жалобы пациента": 3 балла - отсутствие жалоб; 2 балла - наличие лишь отдельных жалоб; 1 балл - незначительное уменьшение количества жалоб; 0 баллов - сохранность всех жалоб; -1 балл - усиление интенсивности имеющихся жалоб; -2 балла - увеличение количества жалоб.

II критерий оценки - "данные объективного исследования": 3 балла - отсутствие объективных признаков заболевания; 2 балла - отдельные оставшиеся симптомы заболевания; 1 балл - незначительное уменьшение объективной симптоматики; 0 баллов - отсутствие изменений в объективном статусе; -1 балл - усиление проявлений имеющихся симптомов заболевания; -2 балла - появление новых симптомов.

III критерий оценки - "данные дополнительных методов исследования (психодиагностические, лабораторно-инструментальные и другие)": 3 балла - нормализация изучаемых показателей; 2 балла - существенное улучшение изучаемых показателей; 1 балл - незначительное улучшение изучаемых показателей; 0 баллов - отсутствие изменений в изучаемых показателях; -1 балл - ухудшение отдельных показателей; -2 балла - ухудшение всех изучаемых показателей.

IV критерий оценки - "качество жизни", оценка которого проводится по разработанной бланковой методике (табл. 1): 3 балла - максимально высокое "качество жизни" (42 балла); 2

балла – значительное улучшение "качества жизни" (на 12 и более баллов); 1 балл – улучшение "качества жизни" (на 1-11 баллов); 0 баллов – отсутствие изменений "качества жизни"; -1 балл – ухудшение "качества жизни" (на 1-11 баллов); -2 балла – значительное ухудшение "качества жизни" (на 12 и более баллов).

Таблица 1
Степени ограничения различных видов деятельности человека
в результате заболевания (в баллах)

Виды деятельности человека	полностью	очень сильно	сильно	наполовину	немного	очень немногого	никак не ограничены
Профессиональную деятельность	1	2	3	4	5	6	7
Домашнюю работу	1	2	3	4	5	6	7
Физическую активность	1	2	3	4	5	6	7
Половую жизнь	1	2	3	4	5	6	7
Сон	1	2	3	4	5	6	7
Любимое занятие хобби	1	2	3	4	5	6	7
Всего	6	12	18	24	30	36	42

Значения суммы баллов по четырем критериям оценки находятся в пределах от -8 до 12 баллов и могут выражаться в %, соответствуя эффективности гипнотерапии.

Оценка субъективного состояния моряков проводилась с помощью базовых психологических методик "САН": самочувствие (С), активность (А), настроение (Н); реактивная тревожность (ТР)

"Шкалы самооценки" Спилбергера-Ханина; "Шкала астении" (ША) (Смирнов В.К. с соавт., 1989; Жеглов В.В. с соавт., 1990).

Работоспособность подводников на этапах похода определялась с помощью метода экспертных оценок – прямого показателя работоспособности. В качестве прямых индивидуальных показателей работоспособности использовались нормативы по каждой специальности подводника, а также специальные рабочие тесты. Оценка работоспособности подводников в плавании проводилась по результатам выполнения рабочих тестов, сдачи нормативов и выполнения общекорабельных команд в период объявления учебных тревог. Полученные результаты оценивались в баллах: 1 балл – ухудшение показателей работоспособности, 2 балла – отсутствие изменений в показателях работоспособности, 3 балла – улучшение показателей работоспособности.

Исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы подводников включало: подсчет частоты сердечных сокращений методом пальпации лучевой артерии в дистальном отделе предплечья за 30 секунд 2-3 раза и измерение артериального давления с помощью сфигмоманометра до получения стабильных показателей АД (САД и ДАД).

Для получения наиболее полного представления о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы расчетным методом с использованием математических формул определялись наиболее важные показатели системной гемодинамики: пульсовое артериальное давление (ПАД), среднее динамическое давление (СДД), ударный объем (УО), минутный объем (МО), сердечный индекс (СИ), удельное периферическое сопротивление (УПС).

Значения, полученные с применением расчетных таблиц и

следующих математических формул сопоставимы с данными, полученными при интегральной реографии (Фофанов П.Н., 1980; Виноградова Т.С. с соавт., 1986; Загрядский В.П., Сулимо-Самуйлло З.К., 1991):

$$\text{ПАД (мм. рт. ст.)} = \text{САД} - \text{ДАД};$$

$$\text{СДД (мм. рт. ст.)} = \frac{\text{ПАД}}{3} + \text{ДАД} \quad (\text{формула Хикэма});$$

$$У_0 \text{ (мл)} = \frac{\text{ПАД} \times 100}{\text{СрД}} \quad (\text{формула Лильештранда и Цандера}),$$

где СрД (среднее давление) вычисляется по следующей формуле:

$$\text{СрД} = \frac{\text{САД} + \text{ДАД}}{2};$$

$$M_0 \text{ (мл.)} = \text{ЧСС} \times У_0;$$

$$СИ \text{ (л/м}^2\text{)} = \frac{M_0}{ПТ} \quad (\text{индекс Грольмана}),$$

где ПТ (поверхность тела) определяется по номограмме Дю Буа, Бутби, Сандинфорда (определение ПТ по росту и массе тела);

$$УПС \text{ (ус. ед.)} = \frac{\text{СДД}}{\text{СИ}}.$$

Больные II группы обследовались по стандартным общеклини-

ческим и лабораторно-инструментальным методикам с использованием базовых психологических методик "САН", "Шкала астении" и "Качество жизни", стандартизированное многопрофильное исследование личности (СМИЛ) и тест 16 PF (Кеттела). Под качеством жизни понимается интегральная оценка состояния здоровья больных, зависящая от количества и тяжести осложнений заболевания, а также от субъективного отношения больных к своему состоянию (Беленков Ю.Н., 1993; Емельяненко В.М., 1993).

Оценка субъективного состояния больных с аритмиями проводилась до и после гипносуггестивной терапии.

Для оценки роли психогенных факторов в генезе пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий нами проведен анализ компьютерной базы данных клиники сердечно-сосудистой хирургии им. П. А. Куприянова. База данных, основанная на пятилетнем проспективном наблюдении за 324 больными с пароксизмальными суправентрикулярными тахикардиями, включала 138 клинических, анамнестических, лабораторных показателей, результаты ЭФИ сердца в динамике и результаты лечения. Принимался во внимание один из основных анамнестических показателей базы данных, который был сформулирован следующим образом: "С чем больной связывает возникновение первого в жизни приступа пароксизмальной тахикардии?"

Для оценки функционального состояния проводящей системы сердца больным с аритмиями проводилось чреспищеводное и эндо-кардиальное ЭФИ сердца по стандартным методикам (Римша Э.Д., 1983; Римша Э.Д., Киркутис А.А., 1984; Киркутис А.А. с соавт., 1990) на аппарате Cordelectro-4 и с помощью компьютерного электрофизиологического комплекса CardioComp-2.01. Исследова-

ние выполнялось старшим научным сотрудником, кандидатом медицинских наук Кофаль Л. А. на базе клиники кардиохирургии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и клиники сердечно-сосудистой хирургии им. П. А. Куприянова ВМед. А. ЭФИ сердца проводилось в условиях кабинета электрофизиологических исследований после информационного согласия больного. Оценивался ряд основных электрофизиологических показателей сердца у больных с пароксизмальными суправентрикулярными тахикардиями: эффективный рефрактерный период (ЭРП) атриовентрикулярного узла (АВ-узла), ЭРП дополнительного атриовентрикулярного соединения (ДАВС), ЭРП предсердий, зона тахикардии, разница ЭРП АВ-узла и предсердий, разница ЭРП ДАВС и атриовентрикулярного соединения (АВ-соединение).

Больные с нарушениями ритма сердца во время обследования и гипносуггестивного лечения не получали антиаритмические препараты, что позволило максимально объективно оценить эффективность гипнотерапии по разработанной нами методике.

Критерии эффективности гипнотерапии у больных с эктопической желудочковой активностью были аналогичными критериям, используемым при проведении других методов обследования (холтеровское мониторирование, ЭКГ, нагрузочные пробы):

- уменьшение общего количества экстрасистол на 75% и более;
- исчезновение желудочковых экстрасистол высоких градаций (то есть исчезновение парных и групповых, полиморфных и политопных желудочковых экстрасистол, эпизодов желудочковой тахикардии).

При данных критериях эффективность гипнотерапии аритмий

Таблица 2

Материал и методы исследования

Методы исследования	Группа I			Группа II	Итого
	IA	IB	IV		
МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ:					
- измерение АД	165	45	45	74	329
- измерение ЧСС	165	45	45	74	329
- ЭКГ	—	—	—	32	32
- ЭФИ сердца	—	—	—	32	32
- расчет ПАД, СДД, УО, МО, СИ, УПС	330	270	270	—	870
- ЭЭГ	—	—	—	2	2
- “метод экспертовых оценок”	33	45	45	—	123
- “качество жизни”	—	—	—	32	32
МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ:					
- САН	66	45	45	32	188
- ТР	66	45	45	—	156
- ША	33	45	45	32	155
- СМИЛ	—	—	—	1	1
- 16 PF (Кеттела)	—	—	—	3	3
КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:					
- гипнотизация	37	—	—	90	127
- оценка внушаемости	88	60	60	19	227
- оценка эффективности гипнотерапии	—	—	—	20	20
ВСЕГО:	2626 исследований				

Примечание: — исследования не проводились

расценивалась в 2 балла по предложенной методике (III критерий оценки – "существенное улучшение изучаемых показателей").

Статистическая обработка экспериментального цифрового материала проводилась по стандартным методикам (Кувакин В.И., 1993) с использованием программных пакетов Statgraphics и BMDP.

Объем проведенных исследований, материал и методы представлены в таблице 2.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДВОДНИКОВ В УСЛОВИЯХ АВТОНОМНОГО ПЛАВАНИЯ НА ФОНЕ ГИПНОСУГГЕСТИИ.

3. 1. Динамика внушаемости подводников в длительном автономном плавании

Общая динамика внушаемости подводников в автономном плавании представлена на рис. 1.

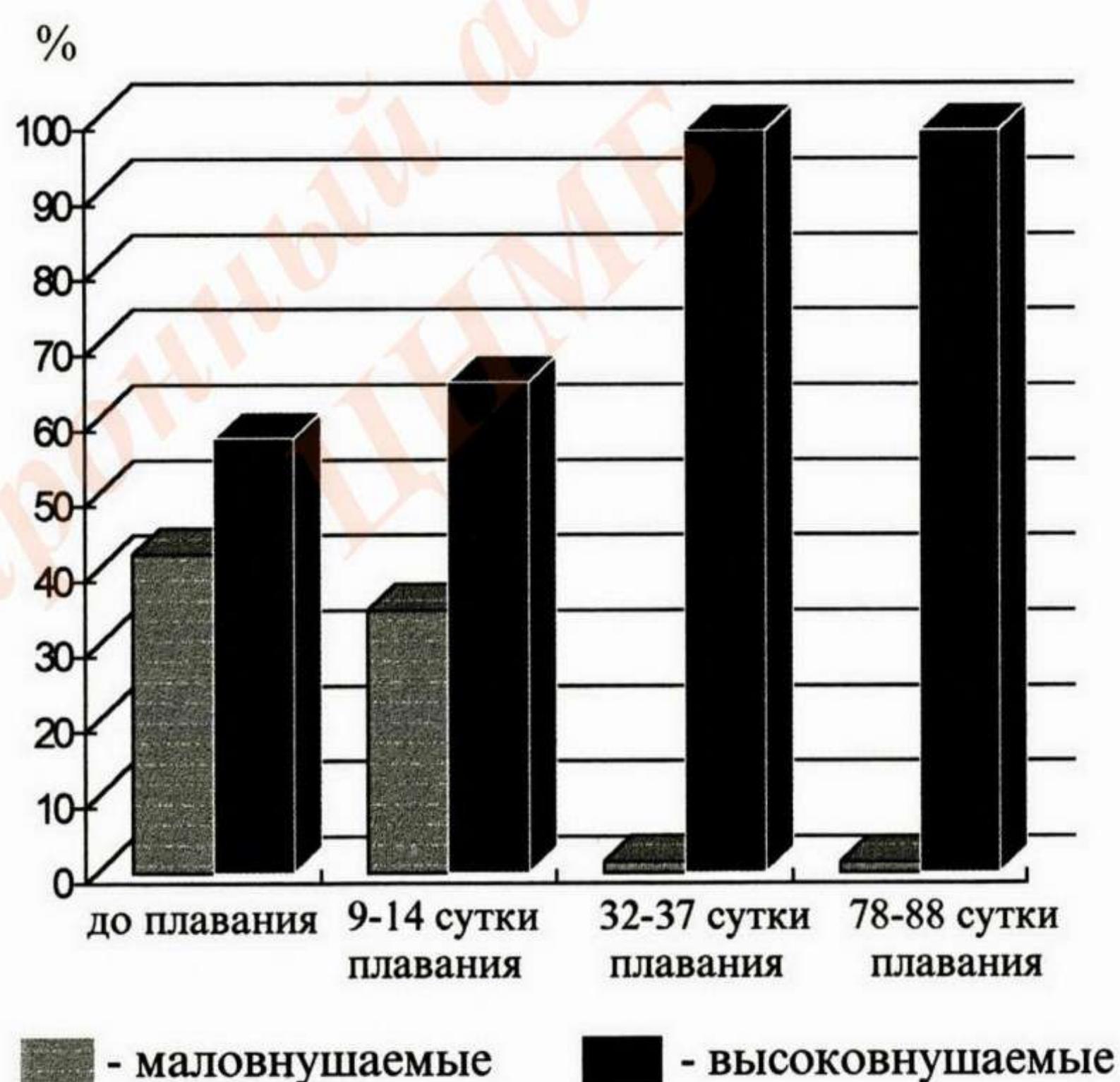


Рис. 1. Общая динамика внушаемости подводников в длительном автономном плавании
(в % от общего числа баллов по степеням внушаемости)

Таблица 3

**Динамика внушаемости подводников в исследуемых подгруппах
в длительном автономном плавании (в баллах)**

Под- группы	Внуша- емость	Сутки автономного плавания							
		Фон	9-14	18-20	25-28	32-37	49-51	60-64	78-88
I A	M	$\frac{12}{8}$	$\frac{13}{7}$	$\frac{10}{5}$	$\frac{6}{3}$	0	0	0	0
	V	$\frac{13}{3}$	$\frac{14}{4}$	$\frac{20}{6}$	$\frac{29}{8}$	$\frac{41}{11}$	$\frac{41}{11}$	$\frac{41}{11}$	$\frac{41}{11}$
I B	M	$\frac{14}{8}$	$\frac{14}{7}$	—	—	0	—	—	0
	V	$\frac{23}{7}$	$\frac{28}{8}$	—	—	$\frac{54}{15}$	—	—	$\frac{56}{15}$
I B	M	$\frac{15}{10}$	$\frac{12}{7}$	—	—	$\frac{2}{2}$	—	—	$\frac{2}{2}$
	V	$\frac{20}{5}$	$\frac{31}{8}$	—	—	$\frac{51}{13}$	—	—	$\frac{51}{13}$
Всего	M	$\frac{41}{26}$	$\frac{39}{21}$	—	—	$\frac{2}{2}$	—	—	$\frac{2}{2}$
	V	$\frac{56}{15}$	$\frac{73}{20}$	—	—	$\frac{149}{39}$	—	—	$\frac{148}{39}$

Примечание: М - маловнушаемые; В - высоковнушаемые

в числителе - баллы; в знаменателе - число моряков

Таблица 4

Динамика мало- и высоковнушаемых подводников в исследуемых подгруппах в автономном плавании (средние величины в баллах $M \pm m$)

Подгруппы подводников	Сутки похода	Внушаемость подводников		p
		маловнушаемые	высоковнушаемые	
I А	Фон	1,09 ± 0,28	1,18 ± 0,50	*
	9-14	1,18 ± 0,29	1,27 ± 0,54	*
	18-20	1,18 ± 0,29	1,36 ± 0,54	*
	25-28	0,55 ± 0,27	2,64 ± 0,53	< 0,01
	32-37	0	3,73 ± 0,14	< 0,001
	49-51	0	3,73 ± 0,14	< 0,001
	60-64	0	3,73 ± 0,14	< 0,001
	78-88	0	3,73 ± 0,14	< 0,001
I Б	Фон	0,93 ± 0,25	1,53 ± 0,45	*
	9-14	0,93 ± 0,27	1,87 ± 0,48	*
	32-37	0	3,60 ± 0,13	< 0,001
	78-88	0	3,73 ± 0,12	< 0,001
I В	Фон	1,0 ± 0,24	1,33 ± 0,14	*
	9-14	0,8 ± 0,26	2,07 ± 0,46	< 0,05
	32-37	0,13 ± 0,13	3,4 ± 0,27	< 0,001
	78-88	0,13 ± 0,13	3,4 ± 0,27	< 0,001
ВСЕГО	Фон	1,0 ± 0,14	1,36 ± 0,26	*
	9-14	0,95 ± 0,16	1,78 ± 0,28	< 0,05
	32-37	0,49 ± 0,05	3,56 ± 0,12	< 0,001
	78-88	0,49 ± 0,05	3,61 ± 0,12	< 0,001

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

До начала похода бальная оценка внушаемости моряков показала наличие маловнушаемых – 42,3% и высоковнушаемых – 57,7% ($p>0,05$). На 9–14 сутки плавания маловнушаемые составляли 34,8%, а высоковнушаемые – 65,2% ($p<0,05$). К 32–37 суткам плавания данное соотношение существенно изменилось: маловнушаемые – 1,4%, высоковнушаемые – 98,6% ($p<0,001$). К 78–88 суткам похода изменений внушаемости практически не произошло: маловнушаемые – 1,3%, высоковнушаемые – 98,7% ($p<0,001$).

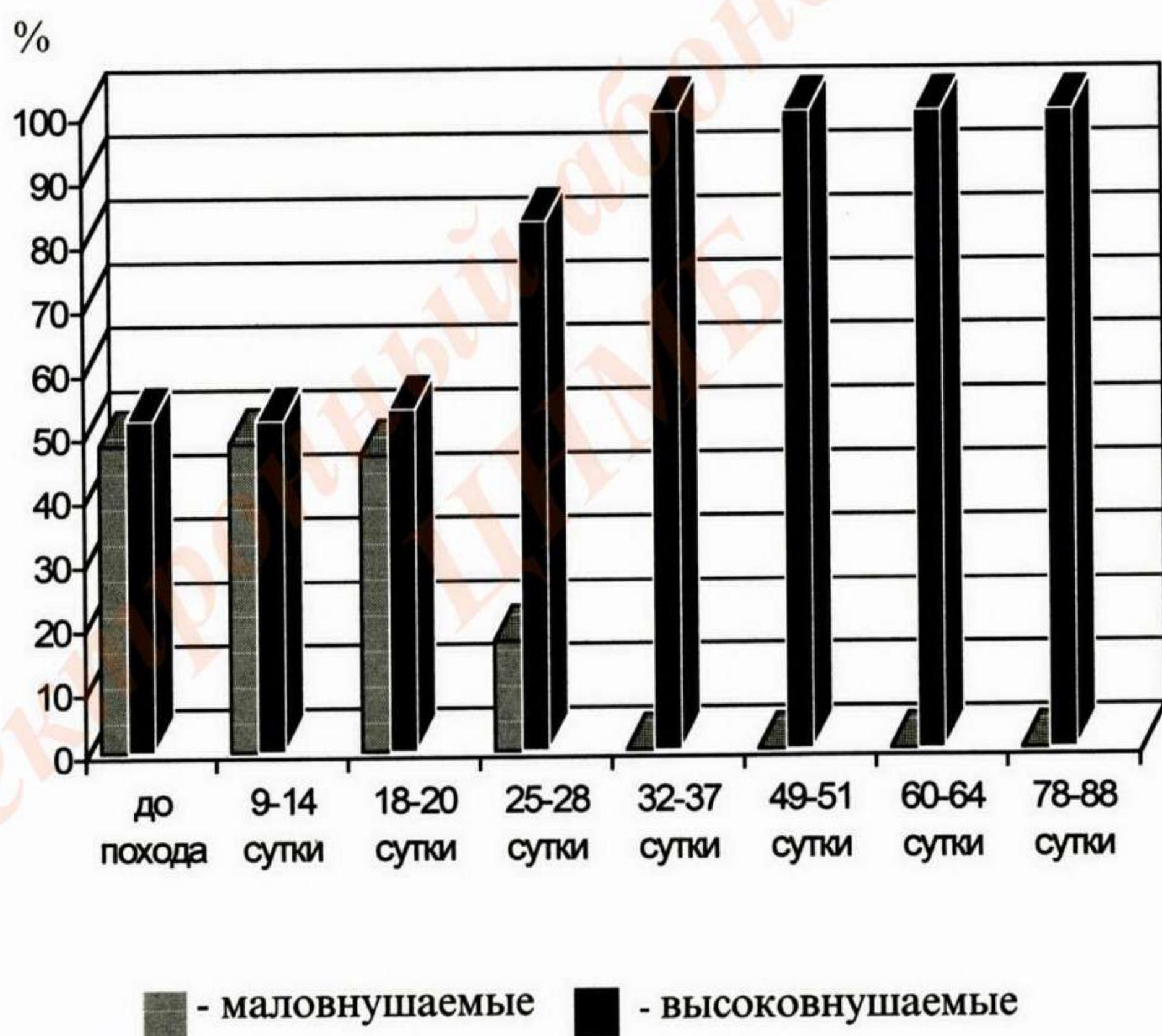


Рис. 2. Динамика внушаемости подводников психотерапевтической подгруппы (I A) в длительном автономном плавании (в % от числа баллов по степеням внушаемости)

Таблица 5

**Динамика внушаемости подводников I А подгруппы в
автономном плавании (в баллах) ($M \pm m$)**

Внуша- емость	Сутки автономного плавания							
	Фон	9 - 14	18 - 20	25 - 28	32 - 37	49 - 51	60 - 64	78 - 88
	ф	а	б	в	г	д	е	ж
М	$1,09 \pm 0,28$	$1,18 \pm 0,29$	$1,18 \pm 0,29$	$0,55 \pm 0,28$	0	0	0	0
В	$1,18 \pm 0,50$	$1,27 \pm 0,54$	$1,36 \pm 0,54$	$2,64 \pm 0,53$	$3,73 \pm 0,14$	$3,73 \pm 0,14$	$3,73 \pm 0,14$	$3,73 \pm 0,14$

Примечание: М - маловнушаемые:

$p < 0,01$: ф-г, ф-д, ф-е, ф-ж
а-г, а-д, а-е, а-ж
б-г, б-д, б-е, б-ж

В - высоковнушаемые:

$p < 0,05$: а-в, б-в, в-г, в-д, в-е
 $p < 0,01$: ф-в
 $p < 0,001$: ф-г, ф-д, ф-е, ф-ж, а-г, а-д
а-е, а-ж, б-г, б-д, б-е, б-ж

Внушаемость подводников в каждой подгруппе на протяжении похода характеризовалась снижением числа маловнушаемых моряков (внушаемость в 1 и 2 балла) и увеличением высоковнушаемых (внушаемость в 3 и 4 балла) членов экипажа (табл.3 и 4).

В психотерапевтической подгруппе IA различия в числе мало- и высоковнушаемых подводников появились на 25-28 сутки автономного плавания ($p<0,01$). К 32-37 суткам похода маловнушаемых моряков в подгруппе не осталось, а высоковнушаемые подводники составили 100% (рис.2). Данное соотношение сохранилось до окончания похода ($p<0,001$). В сравнении с фоновыми показателями значимое уменьшение маловнушаемых моряков произошло на 32-37 сутки похода ($p<0,01$), а рост высоковнушаемых подводников наметился на 25-28 сутки плавания ($p<0,01$) (табл.5).

В контрольной подгруппе IB различия в числе мало- и высоковнушаемых моряков появились на 32-37 сутки автономного плавания, когда высоковнушаемые подводники составляли 100%, а маловнушаемых моряков не осталось ($p<0,001$) (рис.3). Данные различия не изменились до завершения похода ($p<0,001$).

В контрольной подгруппе IB различия в числе мало- и высоковнушаемых подводников появились на 9-14 сутки похода, когда маловнушаемых было 27,9%, а высоковнушаемых – 72,1% ($p<0,05$) (рис.4). К концу похода количество высоковнушаемых подводников достигло 96,2%, а маловнушаемых осталось 3,8% ($p<0,001$).

В сравнении с фоновыми значениями достоверное уменьшение маловнушаемых подводников ($p<0,01$) и рост высоковнушаемых моряков ($p<0,001$) в контрольной подгруппе IB произошли на II этапе похода – на 32-37 сутки плавания (табл.6).

В контрольной подгруппе IB достоверное уменьшение малов-

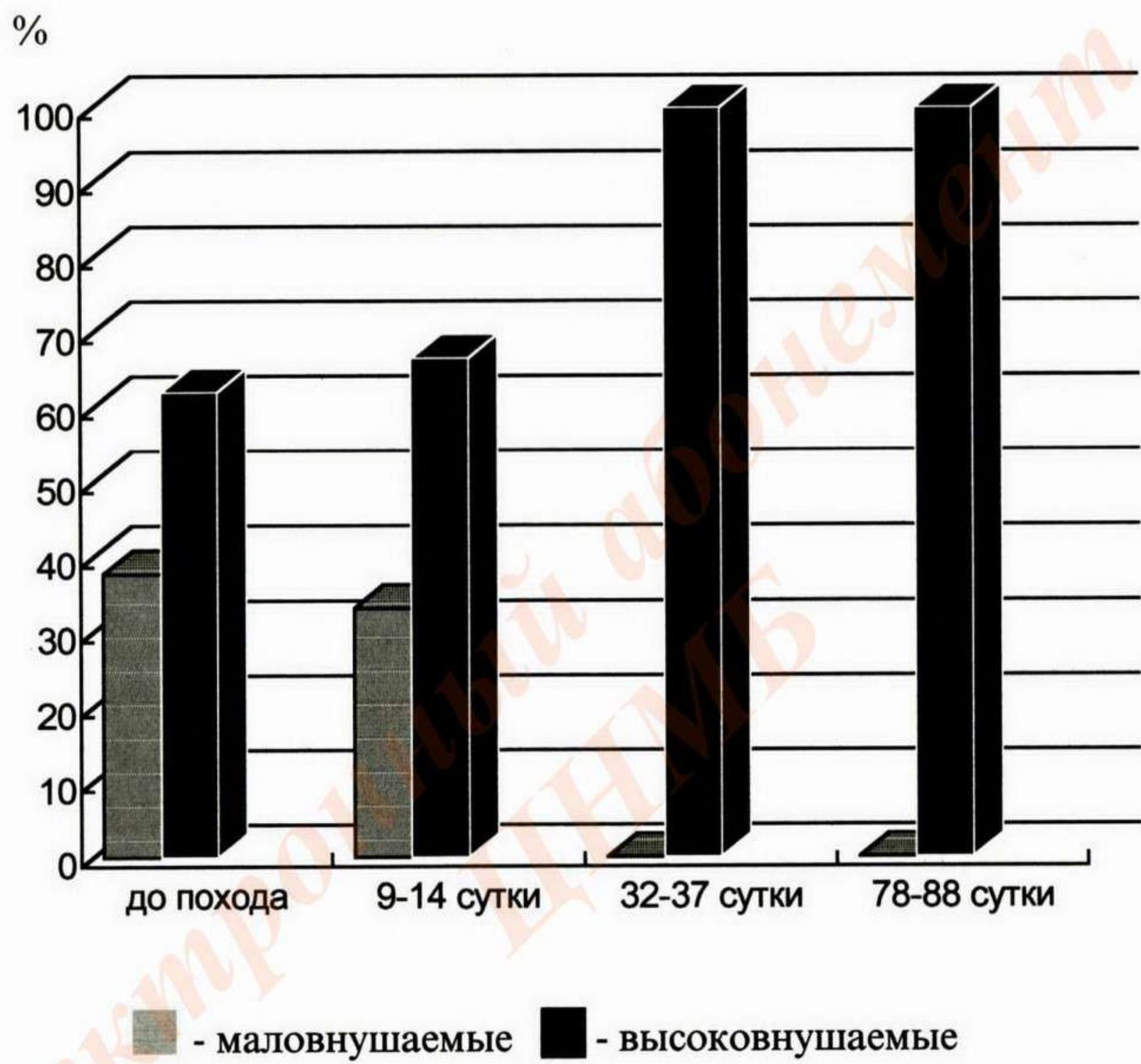


Рис. 3. Динамика внушаемости подводников подгруппы I Б
в длительном автономном плавании
(в % от числа баллов по степеням внушаемости)

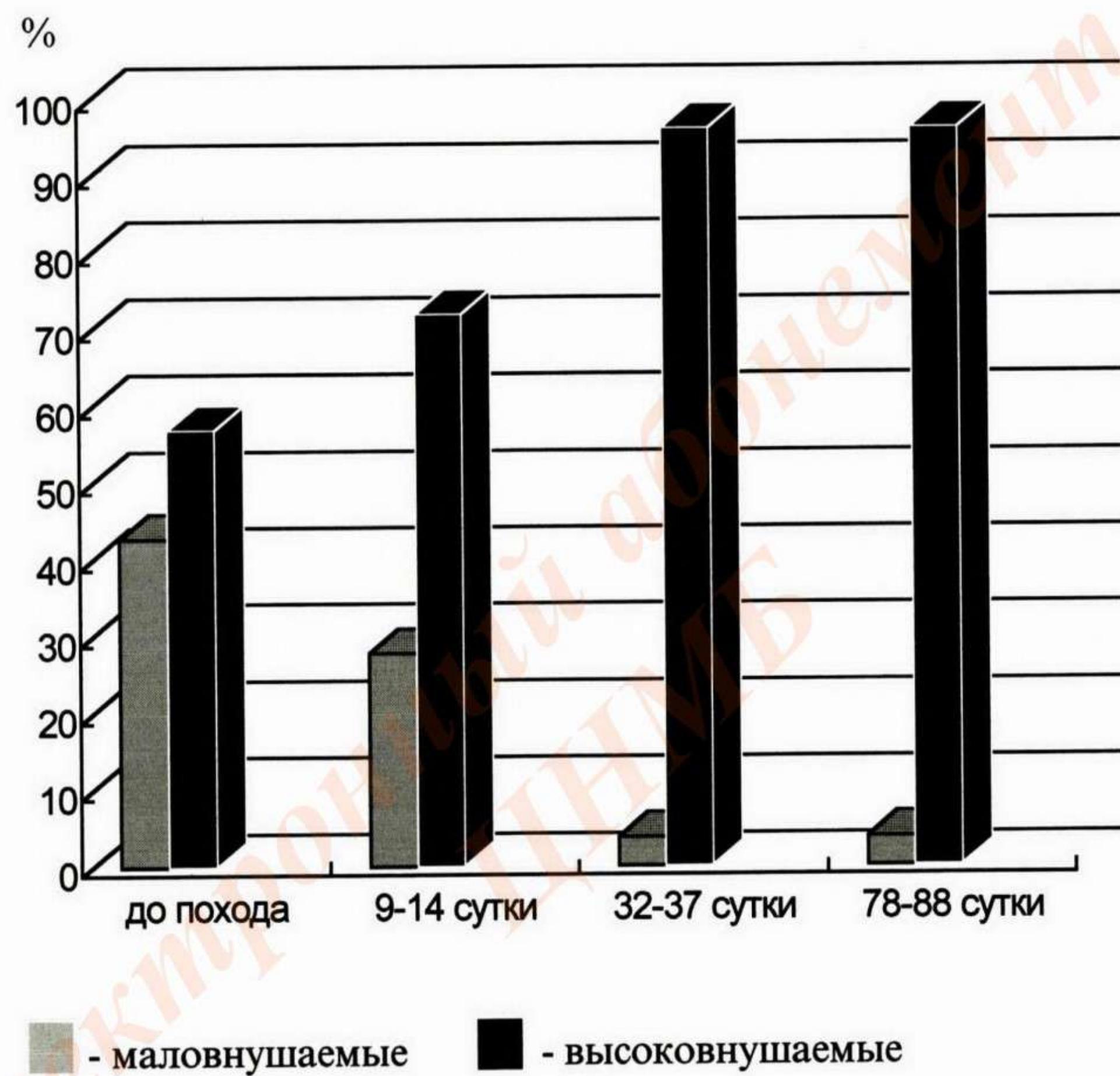


Рис. 4. Динамика внушаемости подводников подгруппы I В
в длительном автономном плавании
(в % от числа баллов по степеням внушаемости)

Таблица 6

Динамика внушаемости подводников I Б подгруппы в автономном плавании (в баллах) ($M \pm m$)

Внушаемость	Этапы автономного плавания				р			
	Фон	I	II	III	Ф-II	Ф-III	I-II	I-III
M	0,93±0,25	0,93±0,27	0	0	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01
B	1,53±0,45	1,87±0,48	3,60±0,13	3,73±0,12	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,05

Примечание: М - маловнушаемые; В - высоковнушаемые

Таблица 7

Динамика внушаемости подводников I В подгруппы в автономном плавании (в баллах) ($M \pm m$)

Внушаемость	Этапы автономного плавания				р			
	Фон	I	II	III	Ф-I	Ф-II	I-II	I-III
M	1,0 ± 0,24	0,8 ± 0,26	0,13 ± 0,13	0,13± 0,13	*	<0,01	<0,05	<0,05
B	1,33±0,44	2,07±0,46	3,4 ± 0,27	3,4 ± 0,27	<0,05	<0,001	<0,01	<0,01

Примечание: М - маловнушаемые; В - высоковнушаемые

* различия незначимы

нушаемых моряков в сравнении с фоновыми значениями произошло на 32-37 сутки похода ($p<0,01$), а увеличение числа высоковнушаемых подводников наметилось уже на I этапе автономного плавания (на 9-14 сутки) ($p<0,05$) с последующим устойчивым повышением высоковнушаемых моряков ($p<0,001$) (табл. 7).

При сравнительной оценке внушаемости между подгруппами подводников до похода и в период похода различий не выявлено ($p>0,05$) несмотря на отчетливое изменение внушаемости в каждой изучаемой подгруппе подводников.

3.2. Динамика субъективной оценки подводниками своего состояния на фоне гипносуггестии

При расспросе и объективном исследовании подводников накануне длительного автономного плавания выявлены существенные различия в их психическом состоянии, в отношении к предстоящему походу, в самочувствии и субъективной переносимости прошлых автономных походов.

Подводники IA и IB подгрупп вышли в длительное плавание в преневротическом состоянии и по изучаемым показателям субъективного состояния они не имели различий ($p>0,05$), но существенно отличались по ряду показателей от подводников IB подгруппы (табл. 8).

С началом автономного плавания подводникам IA подгруппы с целью коррекции преневротического состояния и профилактики развития невротического состояния в течение всего периода плавания проводились гипносуггестивные сеансы, которые оказывали заметное влияние на динамику показателей субъективного состоя-

Таблица 8

Сравнительная оценка показателей субъективного состояния в исследуемых подгруппах подводников в начале автономного плавания ($M \pm m$)

Показа- тели	Подгруппы подводников			р		
	I А	I Б	I В	IA-IB	IB-IV	IA-IV
C	$47,6 \pm 2,02$	$47,9 \pm 1,41$	$54,4 \pm 1,95$	*	$< 0,05$	$< 0,05$
A	$42,7 \pm 2,37$	$41,3 \pm 1,45$	$52,1 \pm 1,05$	*	$< 0,001$	$< 0,001$
H	$45,6 \pm 1,90$	$46,7 \pm 1,85$	$50,7 \pm 1,63$	*	*	$< 0,05$
TP	$46,0 \pm 2,21$	$43,0 \pm 2,48$	$43,7 \pm 2,97$	*	*	*
ША	$90,1 \pm 3,50$	$76,5 \pm 1,45$	$88,3 \pm 3,87$	*	$< 0,01$	$< 0,001$

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

Таблица 9

Динамика показателей субъективного состояния подводников психотерапевтической подгруппы в автономном плавании на фоне гипносуггестивных сеансов ($M \pm m$)

Этапы автономного плавания	Пока- зате- ли	Психотерапевтическая подгруппа		р
		до сеанса	после сеанса	
Начало похода (9-14 сутки)	C	47,6 ± 2,02	59,2 ± 2,07	< 0,001
	A	42,7 ± 2,37	55,2 ± 2,14	< 0,001
	H	45,6 ± 1,90	57,7 ± 1,93	< 0,001
	TP	46,0 ± 2,21	31,9 ± 2,35	< 0,001
	ША	90,1 ± 3,50	80,3 ± 2,83	< 0,001
Середина похода (32-37 сутки)	C	50,5 ± 2,62	60,6 ± 0,97	< 0,01
	A	47,8 ± 2,00	55,3 ± 1,64	< 0,01
	H	52,9 ± 2,09	62,2 ± 1,35	< 0,001
	TP	39,0 ± 3,03	28,8 ± 2,04	< 0,001
	ША	81,0 ± 2,23	75,8 ± 2,15	< 0,01
Окончание похода (78-88 сутки)	C	52,6 ± 1,97	61,3 ± 1,39	< 0,001
	A	46,9 ± 2,92	57,7 ± 2,16	< 0,05
	H	55,7 ± 2,30	62,7 ± 1,96	< 0,01
	TP	38,3 ± 3,32	29,6 ± 2,59	< 0,001
	ША	81,6 ± 3,04	75,5 ± 2,83	< 0,05

ния моряков на всех этапах похода (табл. 9).

После первого сеанса гипносуггестии в начале похода все изучаемые показатели субъективного состояния подводников значительно улучшились ($p<0,001$), достигая нормальных величин.

В середине автономного плавания гипносуггестивный сеанс также привел к существенному изменению и нормализации всех показателей субъективного состояния: С, А, ША (все $p<0,01$); Н, ТР ($p<0,001$).

В конце похода гипносуггестивное воздействие по-прежнему улучшило все показатели субъективного состояния: А, ША ($p<0,05$); Н ($p<0,01$); С, ТР ($p<0,001$).

Отчетливая положительная динамика всех изучаемых параметров субъективного состояния подводников после гипносуггестивных сеансов показала, что после каждого сеанса гипносуггестии с наибольшим постоянством изменялись показатели реактивной тревожности (ТР) ($p<0,001$), что свидетельствует о выраженном анксиолитическом действии гипносуггестии.

В каждом гипнотическом сеансе проводились общеседативные суггестии, направленные на сохранение внутреннего покоя, безмятежности, эмоциональной стабильности, хладнокровия, собранности, на предотвращение развития диссомнических расстройств, раздражительности, вспыльчивости, негативизма, тревоги.

Поскольку у подавляющего большинства подводников в гипнотических сеансах развивалась глубокая (сомнамбулическая) стадия гипнотического сна с возможным внушением галлюцинаторных переживаний, то появлялась возможность в период сеансов репродуцировать в полном объеме самые разнообразные эмоциональные состояния, связанные с восприятием желаемых образов пережитых

в прошлом событий, наполненных положительными эмоциями.

Это был мнимый отдых на берегу моря, в лесу, в кругу семьи, друзей. Это было созерцание морских просторов, захода солнца, позволявшие снять на время ограничение взгляда подводников в даль, приблизив при этом уровень афферентации в центральную нервную систему к повседневным береговым условиям, несмотря на существующую сенсорную недостаточность.

Особое внимание в гипнокоррекции было уделено конечной стадии изменения функционального состояния подводников – стадии конечного прорыва, которая накануне прихода в базу сопряжена с сокращением количества жалоб и эмоциональным подъемом моряков на фоне развивающегося утомления (Жеглов В.В. с соавт., 1990), что способствует появлению ошибок операторов и возможной аварийности военной техники.

К концу похода члены экипажа сообщали о практически постоянном, истощающем бодрствовании, бесцельном движении по кораблю после вахт, отсутствии желания спать, приводящие к общей усталости, головной боли и жжению в глазах.

В этой связи за 2 недели до прихода в базу, в программу гипнокоррекции была включена следующая суггестия: "В оставшийся период плавания вы продолжаете сохранять спокойствие, уравновешенность, четко выполняете свои обязанности, не дожидаясь завершения похода. Лишь после того, как вы увидите лицо родного человека, встречающего вас на пирсе, эмоции радости овладеют вами". Данная суггестия полностью реализовалась в постгипнотическом периоде.

Подводники обращали внимание на то, что к концу боевой службы практически отсутствовали физическая и нервная уста-

Таблица 10

Динамика показателей субъективного состояния подводников в исследуемых подгруппах на этапах автономного плавания ($M \pm m$)

Под- группы	Пока- зате- ли	Этапы автономного плавания			р		
		I этап	II этап	III этап	I-II	II-III	I-III
I А	C	47,6 ± 2,02	50,5 ± 2,62	52,6 ± 1,97	*	*	*
	A	42,7 ± 2,92	47,8 ± 2,00	46,9 ± 2,92	<0,05	*	*
	H	45,6 ± 1,90	52,9 ± 2,09	55,7 ± 2,30	<0,05	*	<0,01
	TP	46,0 ± 2,21	39,0 ± 3,03	38,3 ± 3,32	<0,05	*	<0,01
	ША	90,1 ± 3,50	81,0 ± 2,23	81,6 ± 3,04	<0,01	*	<0,05
I Б	C	47,9 ± 1,41	44,4 ± 1,36	39,2 ± 1,96	<0,05	<0,05	<0,01
	A	41,3 ± 1,45	39,3 ± 1,38	35,3 ± 1,19	<0,05	*	<0,05
	H	46,7 ± 1,85	43,8 ± 1,74	39,1 ± 1,33	*	<0,05	<0,001
	TP	43,0 ± 2,48	44,5 ± 1,81	48,4 ± 2,45	*	*	<0,01
	ША	88,3 ± 3,87	97,9 ± 3,69	103 ± 3,79	<0,01	*	<0,001
I В	C	54,4 ± 1,95	52,6 ± 1,66	53,4 ± 2,03	*	*	*
	A	52,1 ± 1,05	49,9 ± 2,15	48,7 ± 2,01	*	*	*
	H	50,7 ± 1,63	48,8 ± 2,15	51,0 ± 2,44	*	*	*
	TP	43,7 ± 2,97	42,4 ± 2,75	43,4 ± 2,68	*	*	*
	ША	76,5 ± 1,45	78,0 ± 1,23	79,0 ± 1,11	*	*	<0,05

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

лость, угнетение, нетерпеливость, внутреннее напряжение и лишняя суета, связанные с приходом в базу, устойчиво сохранялся глубокий, очищающий сон с обилием приятных сновидений, чего в прошлых походах не наблюдалось. После плавания моряки сообщали, что "удивительное чувство радости переполняло душу после увиденного родного лица на пирсе, а усталости при этом как-будто и не было...".

Применение гипносуггестии в экстремальных условиях автономного плавания соответственно отразилось и на динамике субъективных показателей моряков IA подгруппы, которые к II этапу похода (32-37 сутки) улучшились несмотря на исходно преневротическое состояние: активность, настроение, реактивная тревожность (все $p < 0,05$); шкала астении ($p < 0,01$) (табл. 10).

Некоторые показатели субъективного состояния подводников IB подгруппы, которым в плавании гипносуггестивные сеансы не проводились, к II этапу плавания заметно ухудшились: С, А ($p < 0,05$); ША ($p < 0,01$). Данные показатели соответствовали кратковременной стадии невротического состояния (Смирнов В.К. с соавт., 1989).

У подводников IB подгруппы без признаков преневротического состояния к II этапу автономного похода изменений в субъективных показателях не произошло ($p > 0,05$).

Дальнейшая динамика параметров субъективного состояния в исследуемых подгруппах к концу похода свидетельствует о стабилизации показателей в подгруппе IA ($p > 0,05$), об ухудшении всех изучаемых показателей в подгруппе IB и об ухудшении значений по ША в подгруппе IB ($p < 0,05$) (табл. 10).

Сравнительная оценка субъективных показателей между под-

Таблица 11

Сравнительная оценка показателей субъективного состояния в исследуемых подгруппах подводников в середине автономного плавания ($M \pm m$)

Показа- тели	Подгруппы подводников			р		
	I А	I Б	I В	I А - I Б	I Б - I В	I А - I В
С	50,5 ± 2,62	44,4 ± 1,36	52,6 ± 1,66	< 0,05	< 0,001	*
А	47,8 ± 2,00	39,3 ± 1,38	49,9 ± 2,15	< 0,01	< 0,001	*
Н	52,9 ± 2,09	43,8 ± 2,15	48,8 ± 2,15	< 0,01	*	*
TP	39,0 ± 3,03	44,5 ± 1,81	42,4 ± 2,75	*	*	*
ША	81,0 ± 2,23	97,9 ± 3,69	78,0 ± 1,23	< 0,001	< 0,001	*

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

Таблица 12

Сравнительная оценка показателей субъективного состояния в исследуемых подгруппах подводников в конце автономного плавания ($M \pm m$)

Показа- тели	Подгруппы подводников			р		
	I А	I Б	I В	I А - I Б	I Б - I В	I А - I В
С	52,6 ± 1,97	39,2 ± 1,96	53,4 ± 2,03	< 0,001	< 0,001	*
А	46,9 ± 2,92	35,3 ± 1,19	48,7 ± 2,01	< 0,001	< 0,001	*
Н	55,7 ± 2,30	39,1 ± 1,33	51,0 ± 2,44	< 0,001	< 0,001	*
TP	38,3 ± 3,32	48,4 ± 2,45	43,4 ± 2,68	< 0,05	*	*
ША	81,6 ± 3,04	103,9 ± 3,79	79,0 ± 1,11	< 0,001	< 0,001	*

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

руппами в середине автономного плавания показала, что в психотерапевтической подгруппе IA в сравнении с показателями в подгруппе IB произошло улучшение всех значений (за исключением реактивной тревожности, $p>0,05$): С ($p<0,05$); А, Н ($p<0,01$); ША ($p<0,001$) (табл. 11).

Различия в самочувствии, активности и шкале астении между подгруппами IB и IV стали еще более значимыми ($p<0,001$), чем в начале похода, а различия между подгруппами IA и IV полностью нивелировались несмотря на то, что показатели С, А, Н в подгруппе IA остались на преневротическом уровне, но при низкой реактивной тревожности.

В конце автономного плавания различия в субъективных показателях между подгруппами IA и IV также отсутствовали ($p>0,05$), а в подгруппе IB произошло углубление нервно-психических расстройств, которое проявилось в достижении некоторыми показателями (самочувствие, активность) величин, соответствующих устойчивой стадии невротического состояния (табл. 12). Значения шкалы астении и настроения соответствовали кратковременной стадии невротического состояния.

Возникшие изменения в психическом состоянии подводников IV подгруппы отразились на сравнительной оценке изучаемых показателей с показателями в других подгруппах моряков.

Так, с подгруппой IV имелись существенные различия по всем параметрам ($p<0,001$), кроме реактивной тревожности ($p>0,05$). С подгруппой IA различия в изучаемых показателях были весьма значительными: С, А, Н, ША (все $p<0,001$); ТР ($p<0,05$).

Помимо оценки субъективного состояния подводников в экс-

тремальных условиях автономного плавания проводилась экспертная оценка работоспособности моряков, которая показала, что в динамике работоспособности подводников каждой подгруппы на протяжении похода изменений не наблюдалось ($p>0,05$).

Однако, при сравнении результатов экспертных оценок работоспособности между изучаемыми подгруппами подводников в течение плавания получены определенные различия (табл. 13).

В начале плавания различий в уровнях работоспособности моряков не отмечалось ($p>0,05$). К 32-37 суткам похода работоспособность подводников IБ подгруппы ухудшилась в сравнении с уровнем работоспособности подводников подгруппы IА ($p<0,05$). К концу плавания данное различие сохранилось, кроме того появилось различие в уровнях работоспособности подводников IБ и IВ подгрупп, который в последней подгруппе был выше ($p<0,05$). Работоспособность моряков IА и IВ подгрупп в течение всего периода плавания не имела различий ($p>0,05$).

Таблица 13

Сравнительные результаты экспертных оценок работоспособности подводников в автономном плавании (в баллах) ($M \pm m$)

Сутки похода	Подгруппы подводников			р		
	I А	I Б	I В	I А-I Б	I Б-I В	I А-I В
9-14	$1,82 \pm 0,12$	$1,80 \pm 0,18$	$1,93 \pm 0,07$	*	*	*
32-37	$2,18 \pm 0,18$	$1,73 \pm 0,12$	$2,00 \pm 0,09$	$< 0,05$	*	*
78-88	$2,00 \pm 0,19$	$1,53 \pm 0,13$	$1,87 \pm 0,09$	$< 0,05$	$< 0,05$	*

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

3.3. Изменение отдельных показателей гемодинамики подводников в автономном плавании на фоне гипносуггестии

Изменения гемодинамических показателей в исследуемых подгруппах моряков в период плавания носили разнонаправленный характер. К II этапу длительного плавания (32–37 сутки) ни в одной из подгрупп моряков не произошло значимых гемодинамических изменений ($p>0,05$) (табл. 14).

В дальнейшем, на протяжении всего оставшегося периода плавания, их также не было в подгруппе IV (подводники без признаков преневротического состояния) за исключением снижения САД к концу похода ($p<0,05$).

Основные изменения гемодинамики происходили на III этапе автономного плавания в подгруппах моряков, изначально находившихся в преневротическом состоянии – подгруппы IA и IB.

В подгруппе IA, где подводникам проводились сеансы гипносуггестии, отмечалось значимое снижение УО, МО, СИ ($p<0,05$).

В подгруппе IB, где психокоррекция подводникам не проводилась, происходили обратные гемодинамические сдвиги – значимое повышение УО ($p<0,05$), СИ ($p<0,01$), а в сравнении с началом похода изменения гемодинамики были еще более выражеными: повышение УО ($p<0,01$), МО ($p<0,05$), СИ ($p<0,001$).

Выявленные гемодинамические изменения (снижение УО, МО, СИ) у моряков психотерапевтической подгруппы IA следует рассматривать, как явление оптимизации общего функционального состояния организма, достигающееся, в частности, изменением режима функционирования сердечно-сосудистой системы.

Противоположные сдвиги в гемодинамике подводников IB

Таблица 14

Изменение гемодинамических показателей в подгруппах подводников
на этапах автономного плавания ($M \pm m$)

Под- груп- пы	По- каза- тели	Этапы автономного плавания			р		
		I этап	II этап	III этап	I-II	II-III	I - III
I А	ЧСС	56,5 ± 2,04	56,5 ± 2,24	53,3 ± 2,55	*	*	*
	САД	134 ± 4,13	131 ± 3,38	131 ± 3,82	*	*	*
	ДАД	74 ± 3,49	74,1 ± 3,36	76,8 ± 3,58	*	*	*
	ПАД	60,5 ± 4,29	57,3 ± 2,73	54,5 ± 2,38	*	*	*
	СДД	94,2 ± 3,10	93,2 ± 3,11	94,9 ± 3,44	*	*	*
	УО	57,9 ± 3,95	54,8 ± 2,50	50,8 ± 2,78	*	<0,05	<0,05
	МО	3,4 ± 0,21	3,3 ± 0,20	2,9 ± 0,18	*	<0,05	<0,05
	СИ	1,89 ± 1,16	1,79 ± 0,15	1,54 ± 0,14	*	<0,05	<0,05
	УПС	54,6 ± 4,85	57,9 ± 4,60	62 ± 3,70	*	*	<0,05
I Б	ЧСС	62,9 ± 2,57	63,4 ± 2,38	59,7 ± 2,87	*	*	*
	САД	117 ± 2,38	119 ± 2,50	115 ± 2,39	*	*	*
	ДАД	76,3 ± 2,31	76,3 ± 2,04	60,7 ± 6,76	*	<0,05	<0,05
	ПАД	40,7 ± 2,17	42,7 ± 2,67	55,0 ± 8,06	*	*	*
	СДД	89,9 ± 2,10	90,9 ± 1,72	79,0 ± 4,27	*	<0,05	<0,05
	УО	42,3 ± 2,27	45,0 ± 1,59	51,3 ± 1,72	*	<0,05	<0,01
	МО	2,7 ± 0,17	2,9 ± 0,13	3,2 ± 0,16	*	*	<0,05
	СИ	1,41 ± 0,08	1,49 ± 0,06	1,69 ± 0,09	*	<0,01	<0,001
	УПС	58,7 ± 2,44	58,7 ± 2,26	53,4 ± 2,91	*	*	*
I В	ЧСС	58,1 ± 2,15	60,9 ± 1,66	61,5 ± 1,82	*	*	*
	САД	136 ± 3,44	135 ± 2,76	132 ± 3,23	*	*	<0,05
	ДАД	80,7 ± 3,30	81,7 ± 3,61	79,0 ± 3,06	*	*	*
	ПАД	56,0 ± 3,79	53,3 ± 3,40	53,1 ± 3,96	*	*	*
	СДД	99,3 ± 2,82	99,4 ± 2,94	96,7 ± 2,49	*	*	*
	УО	52,0 ± 3,68	50,1 ± 3,90	50,5 ± 3,87	*	*	*
	МО	3,0 ± 0,22	3,1 ± 0,26	3,1 ± 0,27	*	*	*
	СИ	1,49 ± 0,10	1,54 ± 0,12	1,57 ± 0,12	*	*	*
	УПС	63,5 ± 3,32	63,5 ± 4,09	60,7 ± 3,70	*	*	*

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

подгруппы имели тенденцию к формированию гиперкинетического варианта кровообращения, ведущая роль в котором обычно принадлежит сосудистому тонусу (Орлов Л.Л. с соавт., 1982), но в данном случае УПС на протяжении всего похода не имело различий ($p>0,05$), что косвенно свидетельствует о значительном влиянии сократительной функции миокарда на формирование гемодинамических сдвигов в организме моряков.

Поскольку при гиперкинетическом варианте кровообращения сердце работает в наименее экономичном режиме с ограничением компенсаторных возможностей (Маколкин В.А., Аббакумов С.А., 1985), то можно предположить, что гемодинамический ответ (увеличение УО, МО, СИ) на стрессовые условия автономного плавания в подгруппе IБ был менее экономным и расточительным.

Сравнительная оценка изучаемых гемодинамических параметров между подгруппами подводников на этапах похода также обнаружила существующие различия (табл. 15).

В начале автономного плавания некоторые гемодинамические показатели подгруппы IA были достоверно выше, чем в подгруппе IБ: САД, ПАД - $p<0,001$; УО, СИ - $p<0,01$; МО - $p<0,05$, а в сравнении с показателями подгруппы IВ различия имелись лишь в значениях СИ - $p<0,05$. Подгруппы IБ и IВ различались между собой по следующим показателям: САД - $p<0,001$; ПАД - $p<0,01$; СДД, УО - $p<0,05$.

К 32-37 суткам плавания различий между подгруппами IA и IБ стало меньше (САД, УО - $p<0,01$; ПАД - $p<0,001$) ввиду разнонаправленности гемодинамических изменений, а между подгруппами IA и IВ различия полностью нивелировались (все $p>0,05$). Подгруппы IБ и IВ по-прежнему различались по уровням САД

Таблица 15

Сравнительная оценка гемодинамических показателей в подгруппах подводников на этапах похода ($M \pm m$)

Этапы	Показатели	Подгруппы подводников			р		
		I А	I Б	I В	I А - I Б	I Б - I В	I А - I В
I	ЧСС	56,5 ± 2,04	62,9 ± 2,57	58,1 ± 2,15	*	*	*
	САД	134 ± 4,13	117 ± 2,38	136 ± 3,44	<0,001	<0,001	*
	ДАД	74 ± 3,49	76,3 ± 2,31	80,7 ± 3,30	*	*	*
	ПАД	60,5 ± 4,29	40,7 ± 2,17	56,0 ± 3,79	<0,001	<0,01	*
	СДД	94,2 ± 3,10	89,9 ± 2,10	99,3 ± 2,82	*	<0,05	*
	УО	57,9 ± 3,95	42,3 ± 2,27	52,0 ± 3,68	<0,01	<0,05	*
	МО	3,4 ± 0,21	2,7 ± 0,16	3,0 ± 0,22	<0,05	*	*
	СИ	1,89 ± 0,16	1,41 ± 0,08	1,49 ± 0,10	<0,01	*	<0,05
	УПС	54,6 ± 4,85	58,7 ± 2,44	63,5 ± 3,32	*	*	*
II	ЧСС	56,5 ± 2,24	63,4 ± 2,38	60,9 ± 1,66	*	*	*
	САД	131 ± 3,38	119 ± 2,50	135 ± 2,76	<0,01	<0,001	*
	ДАД	74,1 ± 3,36	76,3 ± 2,04	81,7 ± 3,61	*	*	*
	ПАД	57,3 ± 2,73	42,7 ± 2,67	53,3 ± 3,40	<0,001	<0,05	*
	СДД	93,2 ± 3,11	90,9 ± 1,72	99,4 ± 2,94	*	<0,05	*
	УО	54,8 ± 2,50	45,0 ± 1,59	50,1 ± 3,90	<0,01	*	*
	МО	3,3 ± 0,20	2,9 ± 0,13	3,1 ± 0,26	*	*	*
	СИ	1,79 ± 0,15	1,49 ± 0,06	1,54 ± 0,12	*	*	*
	УПС	57,9 ± 4,60	58,7 ± 2,26	63,5 ± 4,09	*	*	*
III	ЧСС	53,3 ± 2,55	59,7 ± 2,87	61,5 ± 1,82	*	*	<0,05
	САД	131 ± 3,82	115 ± 2,39	132 ± 3,23	<0,001	<0,001	*
	ДАД	76,8 ± 3,58	60,7 ± 6,76	79,0 ± 3,06	*	<0,05	*
	ПАД	54,5 ± 2,38	55,0 ± 8,06	53,1 ± 3,96	*	*	*
	СДД	94,9 ± 3,44	79,0 ± 4,27	96,7 ± 2,49	<0,05	<0,01	*
	УО	50,8 ± 2,78	51,3 ± 1,72	50,5 ± 3,87	*	*	*
	МО	2,9 ± 0,18	3,2 ± 0,16	3,1 ± 0,27	*	*	*
	СИ	1,54 ± 0,14	1,69 ± 0,09	1,57 ± 0,12	*	*	*
	УПС	62 ± 3,70	53,4 ± 2,91	60,7 ± 3,70	*	*	*

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

($p<0,001$), ПАД, СДД ($p<0,05$).

В конце длительного автономного плавания сохранились различия в показателях САД ($p<0,001$) и появились различия в показателях СДД ($p<0,05$) между подгруппами IA и IB, а также между подгруппами IA и IB по уровню ЧСС ($p<0,05$). Различия между подгруппами IB и IV практически не изменились (САД – $p<0,001$, СДД – $p<0,05$), за исключением ДАД ($p<0,05$).

Непосредственно в гипносуггестивных сеансах направленность гемодинамических изменений была аналогична общим изменениям гемодинамики в психотерапевтической подгруппе на протяжении похода.

В гипносуггестивном сеансе в начале похода снижение показателей гемодинамики наметилось уже в момент введения в гипнотическое состояние (САД, ПАД, СИ – $p<0,001$; МО – $p<0,01$), а в глубоком гипнотическом сне изменения гемодинамики были максимальными (САД, ПАД, СИ – $p<0,001$; МО – $p<0,01$; ЧСС, СДД, УПС – $p<0,05$) (табл. 16). При выведении из гипнотического состояния произошло восстановление показателей до исходных значений, за исключением ЧСС и МО, которые стали достоверно ниже, чем до сеанса (соответственно $p<0,05$ и $p<0,01$).

В середине похода, еще до фактического начала индивидуальных гипносуггестивных сеансов, подводники через некоторое время после пребывания в амбулатории корабля, где им ранее проводились гипносуггестивные сеансы, и восприятия голоса врача самопроизвольно впадали в гипнотические состояния различной глубины. Это, безусловно, отразилось на зарегистрированных показателях гемодинамики в данном сеансе (табл. 17).

Исходные значения показателей до сеанса фактически отра-

Таблица 16

Изменение гемодинамических показателей в гипнотическом сеансе в начале похода ($M \pm m$)

Показатели	Этапы исследования в гипнотическом состоянии				
	до сеанса	ввод в гипноз	глубокий гипноз	вывод из гипноза	после сеанса
	д	1	2	3	п
ЧСС	$56,5 \pm 2,04$	$54,4 \pm 2,36$	$52,7 \pm 2,28$	$54,8 \pm 2,20$	$52,4 \pm 2,30$
САД	$134 \pm 4,13$	$128 \pm 3,83$	$126 \pm 3,43$	$126 \pm 3,25$	$133 \pm 2,88$
ДАД	$74,0 \pm 3,49$	$74,5 \pm 3,33$	$73,6 \pm 3,94$	$75,5 \pm 3,78$	$75,0 \pm 4,26$
ПАД	$60,5 \pm 4,29$	$53,6 \pm 3,38$	$52,3 \pm 4,01$	$51,4 \pm 4,11$	$58,2 \pm 4,33$
СДД	$94,2 \pm 3,10$	$90,6 \pm 3,02$	$91,1 \pm 3,27$	$92,6 \pm 3,05$	$92,8 \pm 2,97$
УО	$57,9 \pm 3,95$	$54,0 \pm 3,68$	$53,1 \pm 4,52$	$51,4 \pm 4,44$	$57,0 \pm 4,96$
МО	$3,4 \pm 0,21$	$2,9 \pm 0,25$	$2,9 \pm 0,27$	$2,8 \pm 0,30$	$3,0 \pm 0,31$
СИ	$1,89 \pm 0,16$	$1,56 \pm 0,14$	$1,53 \pm 0,16$	$1,53 \pm 0,17$	$1,62 \pm 0,18$
УПС	$54,6 \pm 4,85$	$56,9 \pm 4,47$	$57,5 \pm 4,44$	$58,7 \pm 4,42$	$55,0 \pm 4,49$

Таблица 16 (продолжение)

Показатели	р						
	д - 1	д - 2	д - 3	д - п	1 - 2	2 - 3	3 - п
ЧСС	*	< 0,05	*	< 0,05	*	< 0,01	< 0,01
САД	< 0,001	< 0,001	< 0,001	*	*	*	< 0,01
ДАД	*	*	*	*	*	*	*
ПАД	< 0,001	< 0,001	< 0,001	*	*	*	< 0,01
СДД	*	< 0,05	*	*	*	*	*
УО	*	*	*	*	*	*	< 0,05
МО	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	*	*	*
СИ	< 0,001	< 0,001	< 0,001	*	*	*	*
УПС	*	< 0,05	*	*	*	*	*

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

Таблица 17

Изменение гемодинамических показателей в гипнотическом сеансе в середине похода ($M \pm m$)

Показатели	Этапы исследования в гипнотическом состоянии				
	до сеанса	ввод в гипноз	глубокий гипноз	вывод из гипноза	после сеанса
	д	1	2	3	п
ЧСС	$56,6 \pm 2,24$	$56,5 \pm 2,35$	$55,5 \pm 2,05$	$55,2 \pm 2,41$	$54,1 \pm 2,31$
САД	$131 \pm 3,38$	$125 \pm 3,47$	$124 \pm 3,19$	$124 \pm 3,22$	$130 \pm 3,44$
ДАД	$74,1 \pm 3,36$	$71,8 \pm 2,63$	$70,9 \pm 2,76$	$71,8 \pm 2,63$	$77,7 \pm 3,19$
ПАД	$57,3 \pm 2,73$	$53,6 \pm 2,03$	$53,6 \pm 2,03$	$52,3 \pm 2,27$	$52,3 \pm 2,89$
СДД	$93,2 \pm 3,11$	$89,7 \pm 2,77$	$88,7 \pm 2,74$	$89,7 \pm 2,56$	$95,1 \pm 2,98$
УО	$54,8 \pm 2,50$	$54,6 \pm 2,09$	$55,2 \pm 2,38$	$53,6 \pm 2,50$	$50,6 \pm 3,04$
МО	$3,3 \pm 0,20$	$3,1 \pm 0,21$	$3,1 \pm 0,20$	$3,0 \pm 0,21$	$2,8 \pm 0,22$
СИ	$1,79 \pm 0,15$	$1,58 \pm 0,12$	$1,58 \pm 0,12$	$1,54 \pm 0,12$	$1,45 \pm 0,11$
УПС	$57,9 \pm 4,60$	$56,7 \pm 3,85$	$56,1 \pm 4,10$	$60,3 \pm 2,66$	$62,6 \pm 3,83$

Таблица 17 (продолжение)

Показатели	р						
	д - 1	д - 2	д - 3	д - п	1 - 2	2 - 3	3 - п
ЧСС	*	*	*	*	*	*	*
САД	$< 0,01$	$< 0,001$	$< 0,001$	*	*	*	$< 0,01$
ДАД	*	*	*	*	*	*	$< 0,05$
ПАД	*	*	$< 0,05$	$< 0,01$	*	*	*
СДД	$< 0,05$	$< 0,01$	$< 0,05$	*	*	*	$< 0,01$
УО	*	*	*	*	*	*	*
МО	*	*	*	$< 0,05$	*	*	*
СИ	*	*	*	$< 0,05$	*	*	*
УПС	*	*	*	$< 0,05$	*	*	*

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

Таблица 18

Изменение гемодинамических показателей в гипнотическом сеансе в конце похода ($M \pm m$)

Показатели	Этапы исследования в гипнотическом состоянии				
	до сеанса	ввод в гипноз	глубокий гипноз	вывод из гипноза	после сеанса
	д	1	2	3	п
ЧСС	$53,3 \pm 2,55$	$53,5 \pm 2,44$	$52,0 \pm 1,98$	$52,5 \pm 2,14$	$52,5 \pm 2,66$
САД	$131 \pm 3,82$	$124 \pm 3,60$	$122 \pm 3,40$	$122 \pm 3,26$	$128 \pm 3,10$
ДАД	$76,8 \pm 3,58$	$72,7 \pm 3,04$	$72,3 \pm 2,89$	$71,8 \pm 2,63$	$76,4 \pm 3,51$
ПАД	$54,5 \pm 2,38$	$51,8 \pm 3,71$	$50,0 \pm 3,63$	$50,5 \pm 3,72$	$52,3 \pm 3,72$
СДД	$94,9 \pm 3,44$	$89,9 \pm 2,71$	$88,9 \pm 2,54$	$88,6 \pm 2,26$	$93,8 \pm 2,89$
УО	$50,8 \pm 2,78$	$52,8 \pm 3,75$	$51,6 \pm 3,72$	$52,1 \pm 3,78$	$51,5 \pm 4,12$
МО	$2,9 \pm 0,18$	$2,8 \pm 0,25$	$2,7 \pm 0,23$	$2,7 \pm 0,24$	$2,6 \pm 0,24$
СИ	$1,54 \pm 0,14$	$1,47 \pm 0,15$	$1,43 \pm 0,12$	$1,46 \pm 0,11$	$1,37 \pm 0,15$
УПС	$62,0 \pm 3,70$	$59,4 \pm 3,49$	$59,2 \pm 3,14$	$58,3 \pm 3,28$	$61,0 \pm 3,78$

Таблица 18 (продолжение)

Показатели	р						
	д - 1	д - 2	д - 3	д - п	1 - 2	2 - 3	3 - п
ЧСС	*	*	*	*	*	*	*
САД	$< 0,01$	$< 0,001$	$< 0,01$	*	$< 0,05$	*	$< 0,05$
ДАД	$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,05$	*	*	*	$< 0,05$
ПАД	*	*	*	*	*	*	*
СДД	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,01$	*	*	*	$< 0,05$
УО	*	*	*	*	*	*	*
МО	*	*	*	*	*	*	*
СИ	*	*	*	*	*	*	*
УПС	*	*	*	*	*	*	*

Примечание: * различия незначимы $p > 0,05$

жали значения гемодинамических показателей развивающегося гипнотического сна, а показатели при введении в гипноз соответствовали процессу углубления гипнотического сна. Поскольку основные изменения гемодинамики, вероятнее всего, произошли раньше фактического начала сеанса, то при введении в состояние гипнотического сна значимо изменились лишь показатели САД и СДД (соответственно $p<0,01$ и $p<0,05$), которые сохранились на протяжении всего сеанса. Более наглядной оказалась динамика изучаемых параметров после сеанса, которая проявилась в снижении ПАД ($p<0,01$), МО, СИ ($p<0,05$), увеличении УПС ($p<0,05$) и свидетельствовала об установлении в постгипнотическом периоде нового режима функционирования сердечно-сосудистой системы.

В конце плавания у подводников спонтанно развивались гипнотические состояния еще до фактического начала гипносуггестии и регистрации показателей гемодинамики. Углубление гипнотического сна привело к снижению показателей САД, СДД ($p<0,01$), ДАД ($p<0,05$), которые оставались неизменными на всех этапах гипносуггестивного сеанса (табл. 18).

После сеанса значимых изменений в изучаемых показателях гемодинамики в сравнении с параметрами до сеанса не выявлено (все $p>0,05$), что связано с установившимся оптимальным режимом функционирования сердечно-сосудистой системы, формирование которого наметилось еще на первом этапе похода.

3.4. Гипнотерапия психосоматических расстройств (бронхоспастический синдром и пиодермия) в длительном автономном плавании

Известно, что неблагоприятные условия автономного плавания способствуют возникновению, обострению и хронизации психосоматических заболеваний у корабельных специалистов, а применение комплекса психопрофилактических мероприятий оказывает благоприятное воздействие на психическое состояние моряков и течение психосоматической патологии (Курпатов В.И., 1994).

В этой связи примером успешного применения гипнотерапии в лечении психосоматической патологии, развившейся в период автономного плавания, является следующее клиническое наблюдение.

Старший мичман А., 37 лет, участник 2-х автономных походов, электрик БЧ-5 на 10 сутки плавания обратился с жалобами на кашель с мокротой, общую слабость, которые появились после нахождения на сквозняке (у лючка вентиляции). Клинически диагностирован острый диффузный бронхит.

На фоне лечения (антибиотики, противовоспалительные, антигистаминные, муколитические средства, УВЧ) симптоматика заболевания полностью купировалась, самочувствие нормализовалось. Спустя месяц плавания самочувствие пациента вновь ухудшилось, что заставило его обратиться за медицинской помощью. Больной сообщил, что на 26 сутки похода после пережитого психоэмоционального напряжения, связанного с аварийной ситуацией, ночью появилось затрудненное дыхание и редкий кашель с мокротой. В прошлых плаваниях периодически возникали подобные состояния, которые легко снимались аппликацией перцового пластыря в межлопаточную область и приемом 1 таблетки эуфилина, полностью исчезая после похода. Этот приступ затрудненного дыхания больному снять не удалось известными ему приемами. Приступ был легко купирован ингаляцией беротека, который больной взял

с собой в плавание "на всякий случай".

С этого момента число приступов удушья с затруднением вдоха и выдоха, их интенсивность нарастали с каждым днем. Количество приступов достигло 8-9 в сутки. Для их купирования требовалось 12-16 ингаляций беротека. Ухудшение своего самочувствия больной скрывал, мотивируя это "несерьезностью заболевания". Из анамнеза известно, что мать пациента страдает бронхиальной астмой.

Больной был осмотрен в момент приступа, который не снимался ингаляциями беротека. Обращали внимание эмоциональная лабильность, растерянность, суетливость, беспокойство, испуг, страх. Кожные покровы влажные, бледновато-серого оттенка, губы несколько цианотичны. На коже лица папулезные высыпания и мелкие пузырьки с гноинным содержимым, появившиеся в начале плавания. В акте дыхания участвовала вспомогательная мускулатура грудной клетки и плечевого пояса. Вдох и выдох были затруднены. Число дыханий 26-28 в минуту. Дыхание сопровождалось сухими свистящими хрипами, слышными на расстоянии. Перкуторно определялся легочный звук с коробочным оттенком. Подвижность нижних легочных краев до 3 см. При аусcultации выслушивались сухие хрипы различной тональности (преимущественно низкой) на всем протяжении дыхательного акта. Пульс ритмичный, 82 в 1 минуту. АД = 140/100 мм. рт. ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца равномерно приглушенны. Со стороны других органов и систем без видимой патологии.

Для купирования приступа бронхоспазма больному было введено медленно внутривенно 10 мл. 24% раствора эуфилина в 10 мл. физиологического раствора, но отчетливого эффекта получить

не удалось.

Принимая во внимание известную эффективность суггестивного воздействия на тонус гладкой мускулатуры бронхов решено продолжить лечение бронхоспастического синдрома гипносуггестивной терапией.

Пробы на гипнабельность оказались резко положительными, что позволило при введении в гипнотическое состояние достичь сомнамбулической стадии гипноза. Содержание сuggестиции строилось на основании жалоб больного, данных объективного статуса и было направлено на купирование приступа удушья, нормализацию эмоционального состояния и закрепление достигнутого эффекта в постгипнотическом периоде. Внушалось, в случае возникновения приступа удушья, полное его купирование после приема 1 таблетки димедрола под язык и самомассажа болезненной зоны у латерального края локтевого сгиба.

В течение первого сеанса гипносуггестии приступ бронхоспазма был полностью купирован. Частота дыхания в гипнозе составляла 10-12 в одну минуту. Аускультативно значительно уменьшилось количество хрипов. Восстановилась окраска кожных покровов, исчезла цианотичность губ. После сеанса у больного возник приступообразный кашель с обильным отхождением мокроты. Убедительный психотерапевтический эффект позволил продолжить немедикаментозное лечение. Проведено 4 гипносуггестивных сеанса. Средняя продолжительность их составила $43,8 \pm 2,39$ минут ($M \pm m$). После 2-го сеанса число приступов удушья уменьшилось до 2-х в сутки, после 3-го сеанса приступы возникали 1 раз в 2-3 дня, легко купируемые приемом димедрола под язык и самомассажем указанной зоны, а после 4-го сеанса полностью прекрати-

лись. В дальнейшем самочувствие пациента оставалось хорошим, что позволило ему выполнять служебные обязанности в полном объеме. После плавания приступов бронхоспазма не отмечалось.

С началом этого плавания, как и в прошлых автономных походах, на коже лица ежедневно стали появляться гнойничковые высыпания, резистентные к проводимой терапии (обработка кожи 40% раствором этилового спирта с добавлением 1% раствора салициловой кислоты, аутогемотерапия с бензилпенициллином, субэритемные дозы УФО). Поэтому, в суггестивную программу проводимых сеансов включалась также информация, направленная на лечение пиодермии лица.

Содержание сuggестий было направлено на улучшение трофики кожи лица, на восстановление ее обычного состояния. После 2-го сеанса, через 2 часа, у больного появилась достаточно заметная отечность и гиперемия кожи лица, которая субъективно воспринималась больным, как приятное тепло. В последующих сеансах подобной выраженной трофической реакции не отмечалось. Проведено 4 сеанса, после которых новых высыпаний на коже не наблюдалось, а "старые" подсохли и зажили без следов.

ГЛАВА 4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

4.1. Результаты гипнотерапии отдаленных последствий психогений

Психическая патология экстремальных ситуаций, отодвигаясь в своих клинических проявлениях на задний план, со временем уступает место клинической симптоматике отдаленных психических и психосоматических расстройств, которые способны протекать под маской соматических заболеваний, существенно затрудняя диагностику и выбор адекватной терапии. Лечение психосоматической патологии без учета воздействовавших в прошлом психотравмирующих факторов оказывается неэффективным, так как заболевание становится резистентным к проводимой терапии.

Свидетельством тому является следующее клиническое наблюдение.

Майор И., 35 лет. В 1982 году, будучи командиром отделения десантно-штурмовой бригады, участвовал в реальных боевых действиях. При выходе из окружения получил осколочное ранение левой голени. После военных действий в течение первых 2-х недель постоянно мучили ночные кошмары на тему войны. Ночной сон изматывал, утомлял и не приносил чувство отдыха. В дальнейшем самочувствие нормализовалось, но спустя 3 месяца без видимых причин вновь нарушился сон, после которого в течение дня часто сохранялось внутреннее напряжение. Больной стал раздражительным, вспыльчивым, "каким-то другим". В это же время впервые

появились тики, представлявшие собой непроизвольные, неритмические, стереотипные сокращения мышц шеи с поворотом головы вправо и сокращением мимических мышц. Тикозные расстройства периодически исчезали, появлялись вновь, усиливаясь при волнении, беседе, приобретая со временем устойчивый характер. Больного стали беспокоить боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в эпигастральной области и в правом подреберье.

Данные жалобы являлись основой для диагностики хронического пояснично-крестцового радикулита, функционального расстройства желудка и дискинезии желчевыводящих путей, по поводу которых пациент получал длительное амбулаторное лечение без существенного эффекта.

Спустя 10 лет после психотравмы, имевшаяся симптоматика полностью исчезла, за исключением тиков. В один из дней, после поцелуя жены, внезапно развился отек нижней губы. С этого момента на коже различных участков тела стали периодически появляться участки отека, сыпи, захватывающие иногда обширные территории кожных покровов, сопровождаясь при этом интенсивным зудом. Явления аллергии возникали как без видимых причин, так и в результате механического воздействия на кожу (удар, сдавливание), при резких запахах, эмоциональном напряжении. Диагностирована крапивница, атаки которой с течением времени стали ежедневными. Периоды ремиссии сократились практически до 1 суток. К рецидивирующему течению крапивницы присоединились отеки Квинке. Ввиду частых рецидивов крапивницы, больной обращался за медицинской помощью только при обширных кожных высыпаниях, при затрудненном дыхании, онемении губ или заметных отеках на лице. Согласно записям в медицинской книжке, в течение двух

лет больной обращался за медицинской помощью 26 раз, из них 11 обращений были связаны с отеком Квинке, который дважды локализовывался в области гортани.

При неоднократном стационарном обследовании патологию желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы и других заболеваний выявить не удалось. Диагностический поиск аллергенов также оказался безуспешным.

В итоге, у больного диагностированы: хроническая, часто рецидивирующая крапивница. Рецидивирующий отек Квинке. Респираторный аллергоз, проявляющийся аллергическим альвеолитом.

Амбулаторное и стационарное лечение (антиаллергическая диета, элиминационное голодание, задитен, тавегил, супрастин, димедрол, хлористый кальций, гистаглобулин, короткие курсы глюкокортикоидной терапии) оказались неэффективными.

В 1994 году в период очередного стационарного лечения возникло подозрение на психогенный характер имеющихся расстройств, в связи с чем решено провести курс психотерапии. Методом выбора явились гипносуггестивная терапия. Пробы на внушаемость были положительными. При введении в гипнотическое состояние достигалась сомнамбулическая стадия. Проведено 6 сеансов со средней продолжительностью каждого сеанса $38,3 \pm 2,79$ минут ($M \pm m$).

Лечебные внушения в гипнотическом состоянии проводились в образном строе и были направлены на дезактуализацию пережитых психотравмирующих событий, блокировку кошмарных сновидений, купирование рецидивов крапивницы и психогенных гиперкинезов, а также на "автоматическое" поддержание лечебного эффекта.

После двух сеансов психотерапии практически полностью ис-

чезли психогенные тики, заметно уменьшились невротические проявления. Ежедневные рецидивы крапивницы стали менее выражеными. После четырех сеансов восстановился ночной сон и больной сообщил об улучшении самочувствия, о долгожданном душевном комфорте. Аллергические высыпания на коже прекратились, но сохранилось беспокойство в отношении их возможного появления.

После шестого сеанса больной решил проверить надежность результата лечения, для чего на 35 минут зашел в ремонтируемое помещение с насыщенным запахом краски. Отсутствие каких-либо аллергических реакций убедило больного в полном выздоровлении.

Курс психотерапевтического лечения продолжался две недели без применения лекарственных средств. Катамнез прослежен до 2,5 лет. Эффективность гипнотерапии психосоматического расстройства с учетом длительности катамнеза составила 11 баллов (91,7 %).

В следующем клиническом наблюдении также проведена оценка эффективности гипносуггестивной терапии в лечении отдаленных психосоматических последствий массивного психотравмирующего воздействия – морской катастрофы.

Капитан З ранга Е., 34 лет – один из оставшихся в живых членов экипажа ПЛА "Комсомолец". По результатам психофизиологического исследования после спасения и результатам исследований в динамике входил в группу "дезадаптантов" – лиц, у которых сверхэкстремальный стресс вызвал существенные изменения в психическом состоянии. Несмотря на проведенное лечение, реабилитационные мероприятия и предоставленные социальные льготы, последствия катастрофы устраниТЬ в полном объеме не удалось (Боченков А.А. с соавт., 1995).

Больной сообщил, что длительное (1,5 часа) пребывание в открытом море, в холодной воде ($t=2$ С), практически не оставляло надежды на спасение. Неизбежность надвигающейся гибели заставляла некоторых моряков оставить плот, оттолкнувшись от него, что заканчивалось утоплением. Ожидание своей гибели вызвало ощущение нереальности, искусственности, "безжизненности" происходящих трагических событий. Окружающее воспринималось им бесцветным, похожим на сцену в черно-белом изображении. В момент крайнего психического и физического напряжения отмечалось "излишнее спокойствие и отсутствие эмоций."

Известно, что в обстановке смертельной угрозы у 72 % пострадавших наблюдаются расстройства сознания в виде синдрома деперсонализации, а в 56 % уменьшение или полное отсутствие эмоций (Джонсон Д. А., 1989)

Изучение состояния психической сферы на 5-е сутки после аварии с помощью экспериментально-психологического теста СМИЛ выявило высокие значения по шести базовым шкалам, при этом результаты по шкалам Hs (ипохондрия), Pt (психастения), Sc (шизоидность) превышали 70 Т-баллов. Показатели личностного профиля разместились в пределах 48-79 Т-баллов, что превышало границы принятой психической нормы (40-60 Т-баллов).

Из данных теста Кеттела (16 PF) на 5-е сутки после аварии (рис.5) наиболее информативными для описания психологического статуса явились факторы A (оценка шизотимии и аффектотимии), C (эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость), G (высокая совестливость – недобросовестность), I (мягкосердечность – супротивность), O (оценка уровня уверенности), Q1 (уровень консерватизма), Q3 (уровень самомнения). На данном этапе доми-

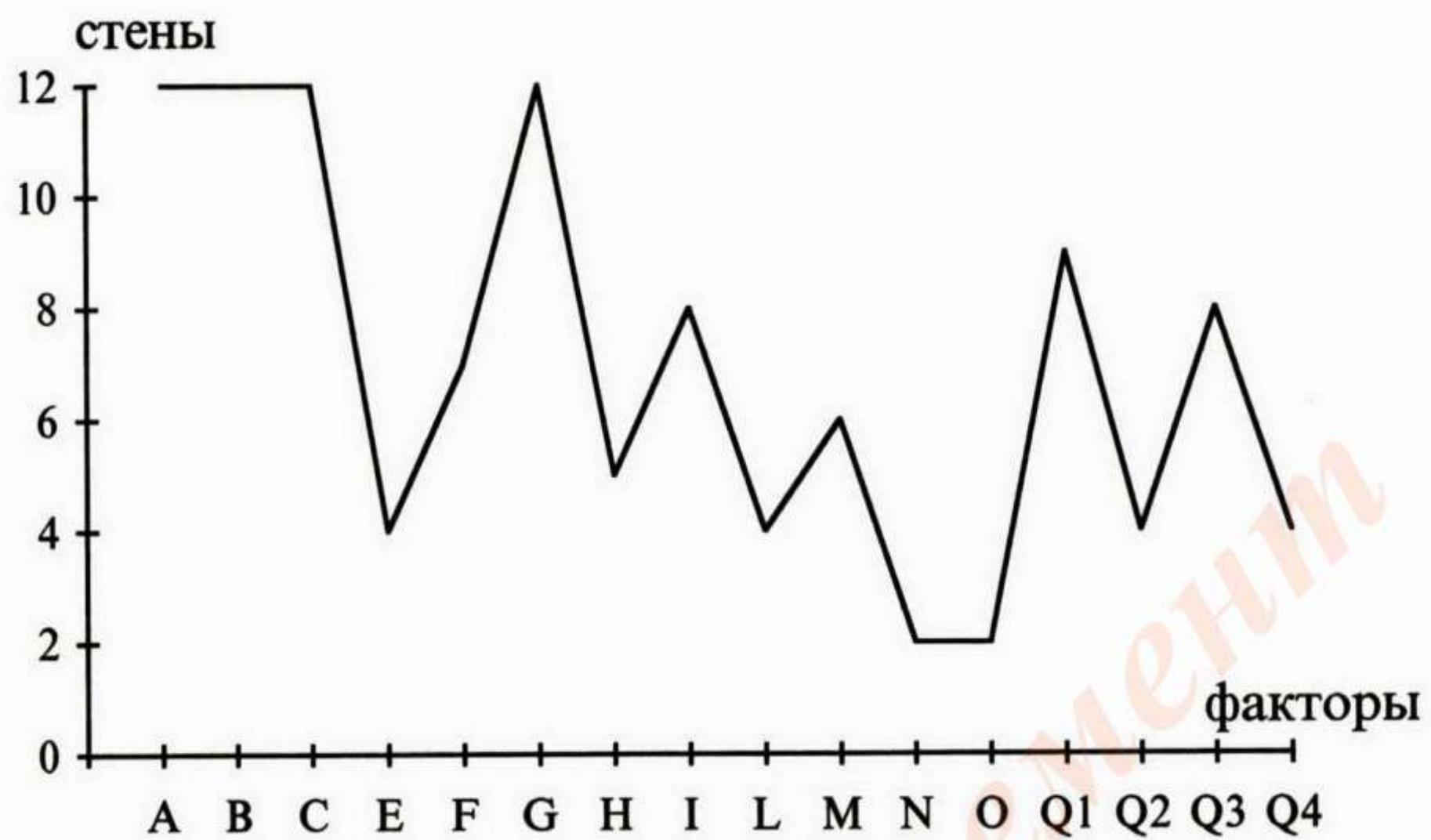


Рис. 5. Показатели теста Кеттела (16 PF) на 5-е сутки
после катастрофы

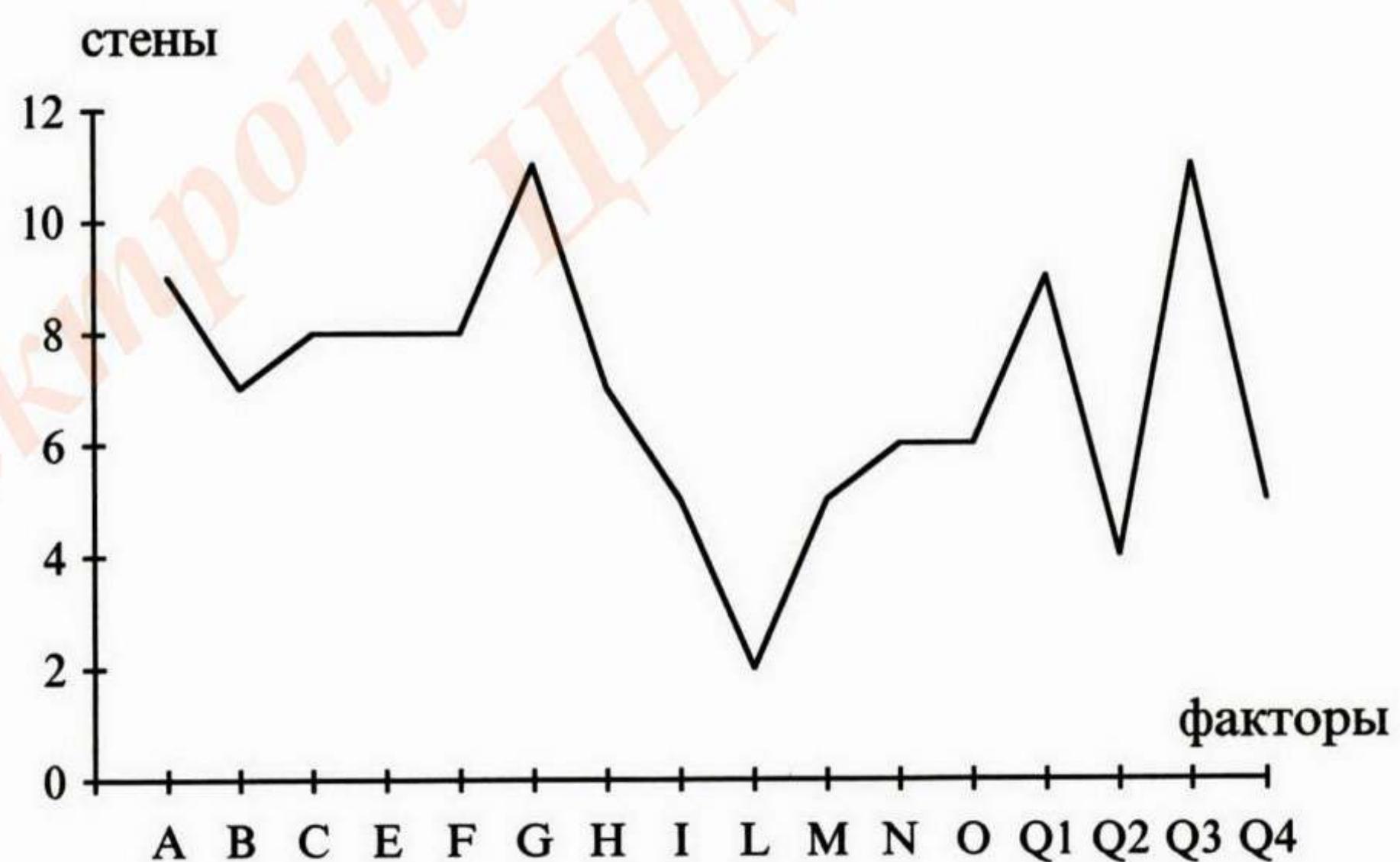


Рис. 6. Показатели теста Кеттела (16 PF) спустя 6 лет
после катастрофы (до гипнотерапии)

нировали: выраженная скрытность, отчужденность, агрессивность, неадекватная самооценка и самовосприятие, чувство вины (самобичевание), неуверенность, пренебрежение общепринятыми моральными нормами, эмоциональная неустойчивость, нереальная оценка обстановки.

Полученные данные экспериментально-психологического исследования на 5 сутки после аварии свидетельствовали о наличии внутреннего напряжения, связанного с пережитой ситуацией и беспокойством за свое здоровье, которое поддерживалось определенной навязчивостью мыслей.

Спустя 6 лет после катастрофы в психологическом состоянии подводника, по данным теста 16 PF, явно преобладали: пренебрежение общепринятыми моральными нормами (фактор G), чрезвычайно высокие уровни подозрительности, внутреннего напряжения (фактор L) и самомнения (фактор Q3) (рис. 6).

Показатели личностного профиля СМИЛ сохранились в пределах 48-79 Т-баллов, превышая границы психической нормы. Сохранилась невротизация пострадавшего, имелись проблемы в социальной адаптации.

Супруга пострадавшего сообщила, что "он стал совершенно другим – раздражительным, вспыльчивым, нетерпимым даже в отношении детей... От прежней его психики мало что осталось." Сам больной последствия пережитой в прошлом аварии описал так: "Я чувствую что со мной что-то происходит, я теряю силу. Время не лечит, а тяжелым грузом ложится на мои плечи..." При активном расспросе выяснилось, что нарушения сна, кошмарные сновидения, развившиеся после аварии, остались неизменными. Сохранилась также ночная потливость, разбитость, усталость по утрам. Поя-

вилось стремление избегать разговоров и всего, что могло бы напоминать о морской катастрофе. Возникло чувство отстраненности от окружающих, появились раздражительность, вспыльчивость, гневливость, рассеянность, которых ранее не наблюдалось.

Выявленная симптоматика и полученные результаты экспериментально-психологического исследования позволили диагностировать затяжное невротическое состояние. Больной неоднократно лечился стационарно по поводу астено-невротического состояния и психосоматической патологии – нейроциркуляторной дистонии гипертензивного типа, а несколько позже (последние 2 года) по поводу гипертонической болезни I стадии, развившейся в молодом возрасте в сравнительно короткий срок. Динамика развития психосоматического заболевания показала трансформацию отклонений в психическом статусе и функциональном состоянии ЦНС в явную somатическую патологию (Алексеев Г.И. с соавт., 1995).

Больному было показано психотерапевтическое лечение, но его подозрительность, скрытность, замкнутость создавали определенные трудности в установлении доверительных отношений, необходимых для успешной психотерапии. Психотерапевтические беседы с больным позволили все же начать гипнотерапию. Всего проведено 6 сеансов со средней продолжительностью $41,7 \pm 2,11$ минут ($M \pm m$). С каждым сеансом самочувствие улучшалось и к концу лечения пациент жалоб не предъявлял. Нормализовался ночной сон, исчезли раздражительность, вспыльчивость, внутреннее напряжение, ночная потливость. Спустя 3 недели после психотерапии пациент сообщил, что для него практически решена многолетняя проблема психического дискомфорта. Отмечена также ста-

билизация артериального давления на уровне 130-140/80-90 мм. рт. ст. без медикаментозной коррекции.

Клинические данные были подтверждены результатами экспериментально-психологического исследования. По шкалам профиля СМИЛ наметилось отчетливое снижение и нормализация показателей, включая шкалы невротической триады, которые разместились в интервале 48-65 Т-баллов (рис. 7) в сравнении с явной приподнятостью личностного профиля (свыше 75 Т-баллов) до психотерапии. По факторам теста 16 PF положительная динамика еще более демонстративна, так как был получен нормальный усредненный профиль личности (рис. 8).

После гипнотерапии появились спокойствие и реальная оценка обстановки, завышенный уровень эмоциональной устойчивости (фактор С), нормальное соотношение шизотимии и аффектотимии с хорошим балансом общительности и отчужденности (фактор А), нормальное отношение к общепринятым моральным нормам с хорошим балансом дисциплинированности и игнорирования (фактор G), нормальный уровень доверчивости с хорошим балансом внутреннего напряжения и расслабленности, подозрительности и доверия (фактор L), нормальный уровень самомнения с хорошим балансом самолюбия и самоконтроля (фактор Q3). Проявились также: нормальное соотношение беззаботности и озабоченности (фактор F), смелости и робости (фактор H), нормальные уровни сенситивности (фактор I), практичности (фактор M), уверенности с тенденцией к развитию чувства вины (фактор O), эргонапряженности с тенденцией к ее снижению (фактор Q4). При этом уровень интеллекта был снижен (фактор В), но завышена степень покорности, уровень наивности (фактор N), консерватизма (фактор Q1), самодостаточности

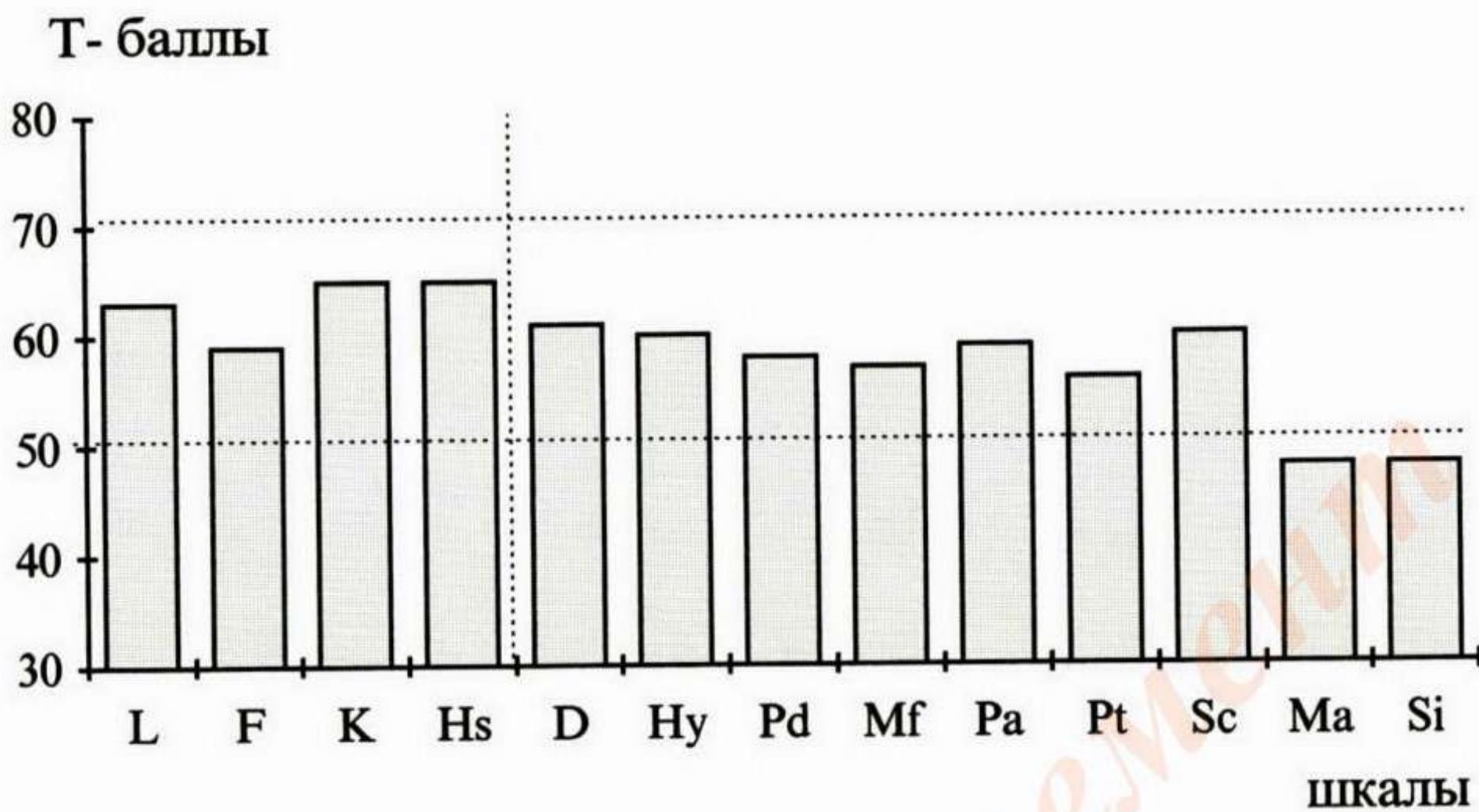


Рис. 7. Личностный профиль СМИЛ после гипнотерапии

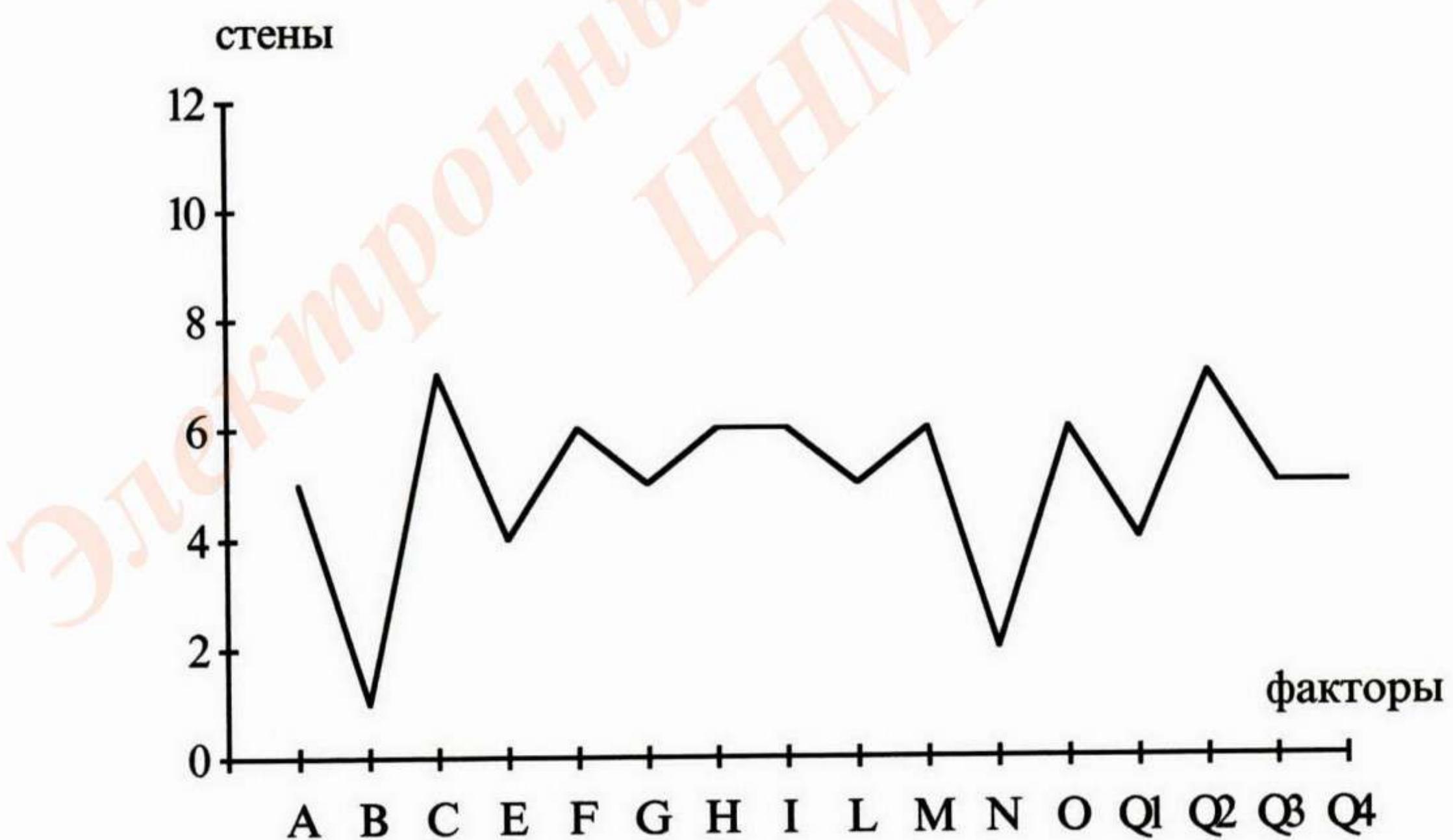


Рис. 8. Показатели теста Кеттела (16 PF) после гипнотерапии

(фактор Q2).

Динамика показателей информативных базовых психологических тестов СМИЛ и Кеттела (16 PF) позволила оценить различные аспекты структуры личности и характер интрапсихического реагирования в процессе гипносуггестивной терапии отдаленных последствий психогении.

Эффективность гипнотерапии составила 9 баллов (75 %).

4.2. Эффективность гипнотерапии невротических состояний, сопровождающихся нарушениями сердечного ритма

Сердечный ритм в значительной степени зависит от функционального состояния центральной нервной системы, поэтому при психогенных психотравмирующих воздействиях он изменяется всегда, а наличие скрытой морфологической основы аритмий (аномальные пути проведения) нередко приводит к манифестиации нарушений сердечного ритма, которые со временем становятся чрезвычайно резистентными к медикаментозной терапии. В этой связи наличие в анамнезе у больных массивных психотравмирующих воздействий с последующим развитием невротических состояний и появлением нарушений сердечного ритма, позволяют предположить тесную взаимосвязь появившихся расстройств. Наличие же резистентности таких аритмий к антиаритмическим препаратам лишь утверждает мысль о возможно высокой эффективности психотерапии, в частности гипносуггестивной терапии, в купировании нарушений ритма сердца.

Оценка внушаемости больных с невротическими состояниями, сопровождающимися среднетяжелыми и тяжелыми нарушениями ритма

сердца, показала высокую вынужаемость аритмических больных. На фоне не меняющейся антиаритмической терапии через день проводились сеансы гипносуггестивной терапии со средней продолжительностью $39,8 \pm 1,58$ минут ($M \pm m$). В гипнотических сеансах у всех больных достигались каталептическая и сомнамбулическая стадии гипнотического состояния, достаточные для реализации лечебных сuggестий.

Особенностью гипносуггестивной техники в группе больных с различными нарушениями сердечного ритма явилось то, что ввод в гипнотическое состояние, общеседативные, противотревожные сuggестии проводились одновременно всем больным, а лечебные формулы органонаправленного воздействия для купирования аритмий проводились в гипнотическом сеансе строго индивидуально каждому больному, исходя из особенностей заболевания.

В предварительной беседе больным предлагались конкретные пути преодоления заболевания, не отделяя нарушения невротического уровня от симптомов соматического порядка, подчеркивая при этом, что восстановление психического состояния неизбежно ведет к улучшению функционального состояния всего организма и естественному исчезновению аритмии.

В содержание сuggестивных формул, помимо дезактуализации пережитых стрессов, устрашающих перебоев в работе сердца и приступов тахикардии, "отчуждения" болезни от личности, блокировки сновидений, связанных с пережитыми психотравмирующими событиями, включались также специфические формулы для каждого вида аритмий. Сuggестивные фразы формулировались в образном строе.

Для лечения пароксизмальных тахикардий, связанных с ано-

малиями проводящей системы сердца, в гипнотическом состоянии предлагался следующий суггестивный образ: "Мои слова, словно острый скальпель, навсегда разрезают дополнительные провода в сердце, оставляя только один единственный путь для электрических сигналов. Разорванные провода лишились электрических сигналов. Они стали безжизненными, мертвыми...".

Гипносуггестивное лечение парасистолии проводилось в следующем образном строе: "С каждым словом происходит плотное гипсование, замуровывание электрического очага в сердце. Застыают стенки капсулы, становятся все толще и плотнее. Непроницаемая капсула со всех сторон окутала электрический очаг. Электрические сигналы надежно замурованы в непроницаемой капсуле...". В последнем сеансе гипносуггестии вводились лечебные формулы для пролонгирования достигнутого эффекта.

До психотерапевтического лечения показатели психодиагностических тестов отражали устойчивую стадию невротического состояния больных. После завершения гипносуггестивной терапии у всех больных удалось достичь не только заметной редукции невротической симптоматики, но также купировать нарушения сердечного ритма.

Гипносуггестивное воздействие оказало положительное влияние на динамику всех изучаемых субъективных показателей, существенно улучшив показатели "Шкалы астении" и "Настроения" ($p<0,001$) (табл. 19). Качество жизни аритмических больных после гипнотерапии стало достоверно выше ($p<0,01$).

У всех больных с невротическими состояниями, сопровождающимися пароксизмальными суправентрикулярными тахикардиями (ПСВТ), на фоне гипносуггестивной терапии изучена динамика ос-

Таблица 19

Динамика показателей субъективного состояния больных с нарушениями сердечного ритма на фоне гипнотерапии ($M \pm m$)

Показатели бланковых методик	до лечения	после лечения	p
Качество жизни	$30,0 \pm 2,23$	$39,9 \pm 1,96$	< 0,01
Шкала астении	$115,6 \pm 4,94$	$87,4 \pm 2,85$	< 0,001
Самочувствие	$42,5 \pm 2,08$	$49,8 \pm 1,76$	< 0,05
Активность	$46,1 \pm 2,11$	$49,6 \pm 1,76$	< 0,05
Настроение	$32,8 \pm 2,83$	$49,6 \pm 2,28$	< 0,001

новных электрофизиологических показателей сердца, которая свидетельствовала об исчезновении электрофизиологических условий для возникновения пароксизмов тахикардии, а именно:

- отмечено достоверное увеличение ЭРП АВ-узла с 245 ± 18 до 320 ± 16 милисекунд ($p < 0,01$);
- исчезновение зоны тахикардии, которая до гипнотерапии составляла в среднем 60 ± 20 милисекунд;
- уменьшение разницы в величине ЭРП АВ-узла и предсердий с 35 ± 10 до 20 ± 5 милисекунд ($p < 0,05$);
- у больных с аномальным пучком Кента отмечено достоверное уменьшение разницы между величинами ЭРП ДАВС и АВ-соединения с 80 ± 10 до 30 ± 5 милисекунд ($p < 0,01$).

В ходе исследований отмечено, что электрофизиологические

показатели у больных с невротическими состояниями, сопровождающимися ПСВТ, отличаются значительной вариабельностью даже в течение суток, поэтому применяя гипносуггестивные воздействия можно весьма активно влиять на сердечный ритм. Выявленная лабильность электрофизиологических показателей согласуется с данными Ю. В. Шубика (1996).

Эффективность гипносуггестивной терапии в лечении больных с невротическими состояниями, сопровождающимися нарушениями сердечного ритма составила в среднем $71,9 \pm 3,87\%$ ($M \pm m$).

Заслуживают особого внимания отдельные клинические наблюдения, связанные с применением гипносуггестивной терапии в лечении больных, у которых нарушения сердечного ритма развились после массивного воздействия психотравм.

Все клинические наблюдения были получены в кардиохирургическом стационаре. Нарушения ритма у данных больных были резистентными к антиаритмической терапии, в связи с чем больные поступили для хирургического лечения аритмий – высокочастотной катетерной деструкции аномальных дополнительных проводящих путей или очагов эктопической активности. У большей части больных сердечные аритмии имели органическую основу, доказанную при электрофизиологическом исследовании сердца, эхокардиографии и коронарографии. У всех больных, составивших клинические наблюдения, пусковым фактором аритмии явились психотравмирующие события.

Развившееся невротическое состояние сопровождалось тяжелыми аритмиями в двух ниже приведенных клинических наблюдениях.

Больная К., 41 год. Из анамнеза известно, что 28 сентября

1994 года находилась на борту парома "Эстония", потерпевшего кораблекрушение. После извлечения из воды, где больная находилась около 1 часа, уже на берегу после спасения, больная впервые ощущала перебои в работе сердца. В дальнейшем, со слов больной, проходила обследование и лечение в кардиологическом стационаре в Эстонии в связи с нарушениями ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолии. Подобрать адекватную антиаритмическую терапию не удалось несмотря на неоднократное обращение за медицинской помощью.

Весной 1995 года в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте кардиологии больной были выполнены коронарография, эхокардиография и другие клинико-инструментальные методы исследования, которые органической основы аритмии не выявили. Больная отмечала, что прием транквилизаторов по рекомендации кардиологов резко ухудшал самочувствие и усиливал ощущения перебоев в работе сердца. У больной сохранялся сниженный фон настроения, стойкие нарушения сна, головные боли, наблюдались эксплозивные реакции по малейшему поводу.

На серии электрокардиограмм определялись эпизоды синусовой тахикардии с частотой сердечных сокращений 100–120 в минуту. При суточном мониторировании регистрировались экстрасистолы высоких градаций по Лауну (Лаун Б., 1980).

Непосредственно перед четвертым сеансом гипносуггестии на непрерывно регистрируемой ЭКГ выявлены следующие нарушения ритма сердца: частые, политопные, полиморфные, парные и групповые желудочковые экстрасистолы, эпизоды аллоритмии по типу би- и тригеминии, неполная атриовентрикуляраня диссоциация с редкими желудочковыми захватами (рис.9). Данные нарушения сер-

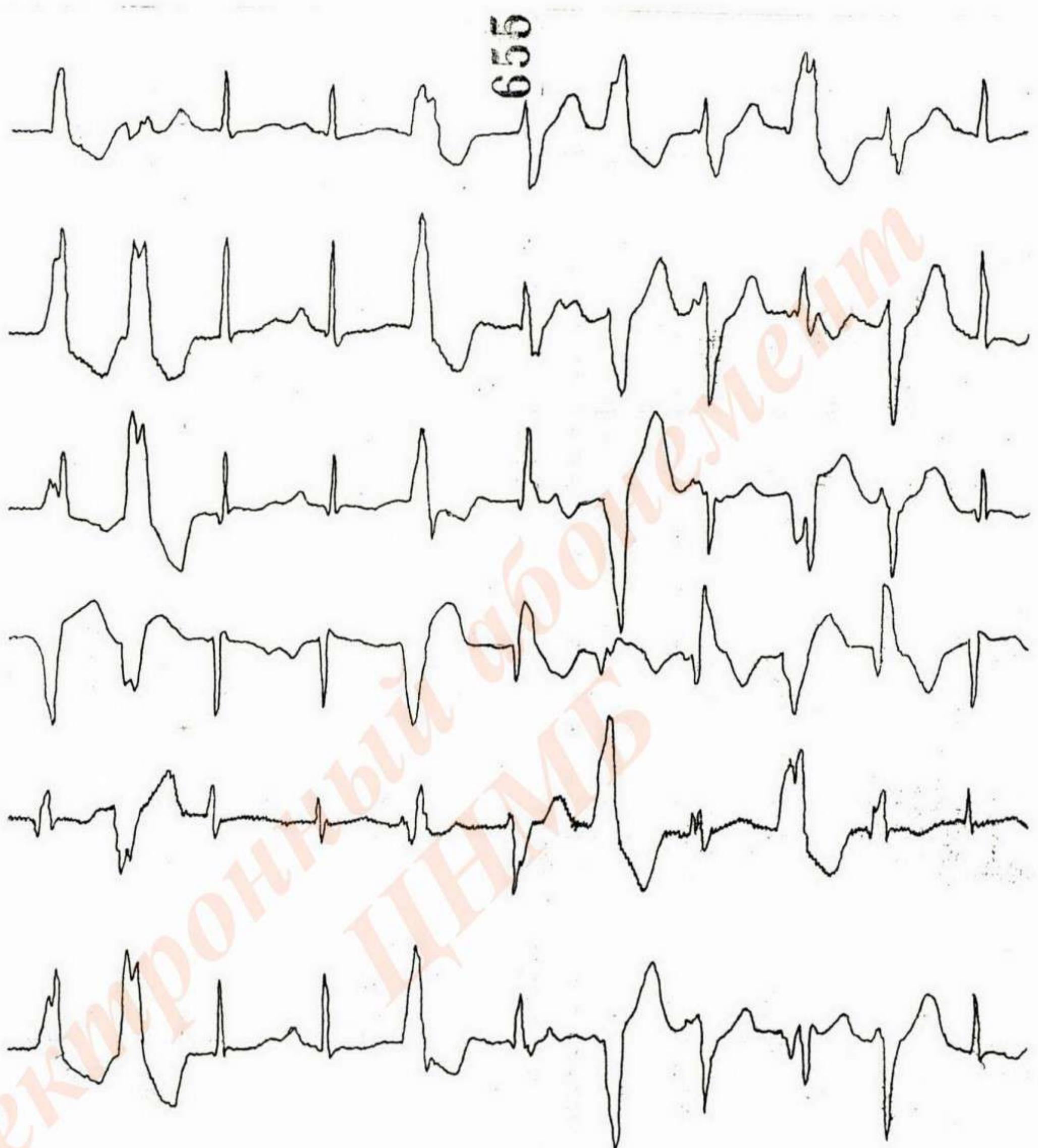


Рис. 9. ЭКГ больной К. до начала гипносуггестивного сеанса (непрерывная запись). Регистрируются частые, политопные, полиморфные, парные и групповые желудочковые экстрасистолы, эпизоды аллоритмии по типу би- и тригимении

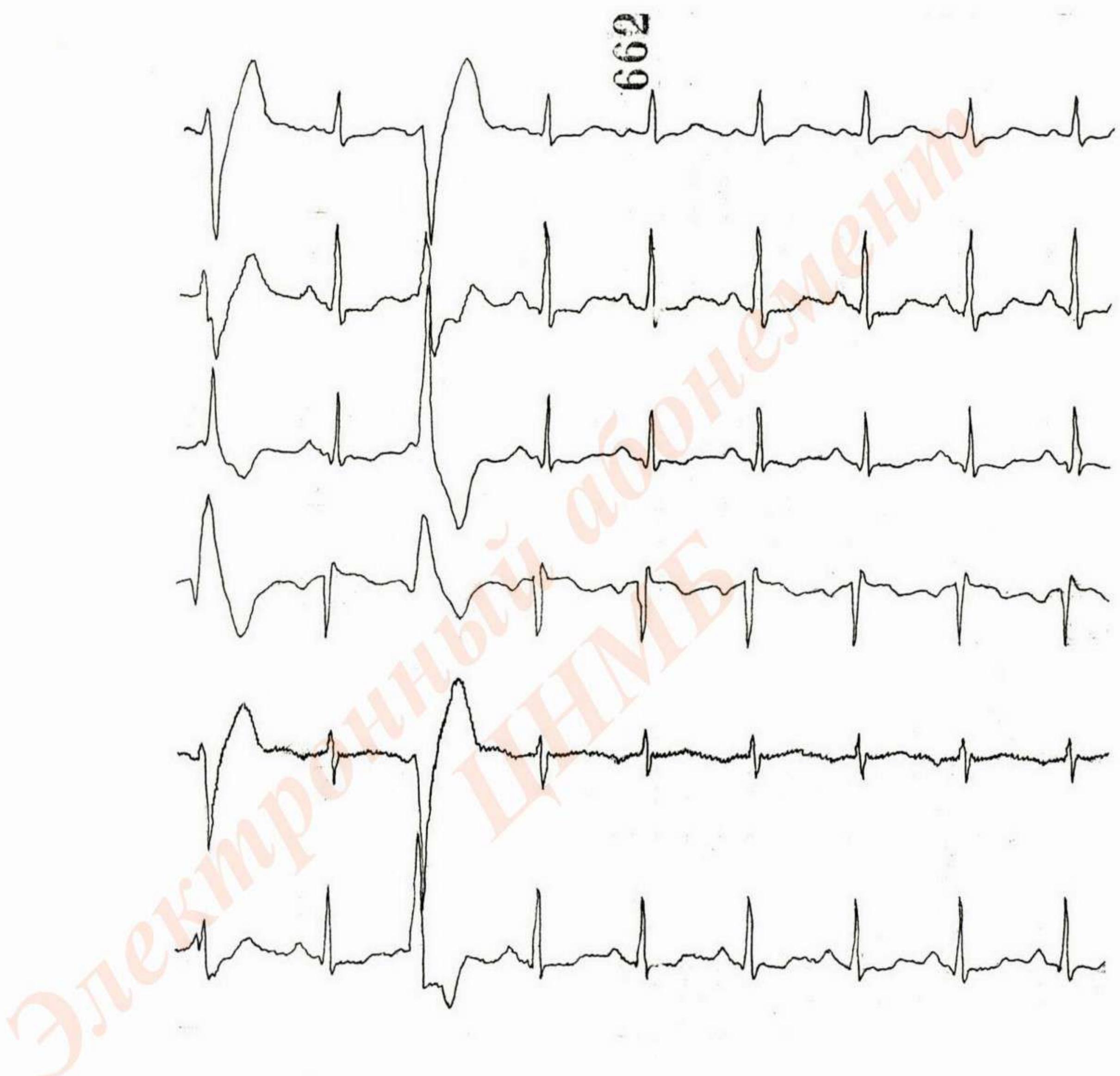


Рис. 10. ЭКГ больной К. (непрерывная запись). Момент купирования
нарушений сердечного ритма в гипносуггестивном сеансе

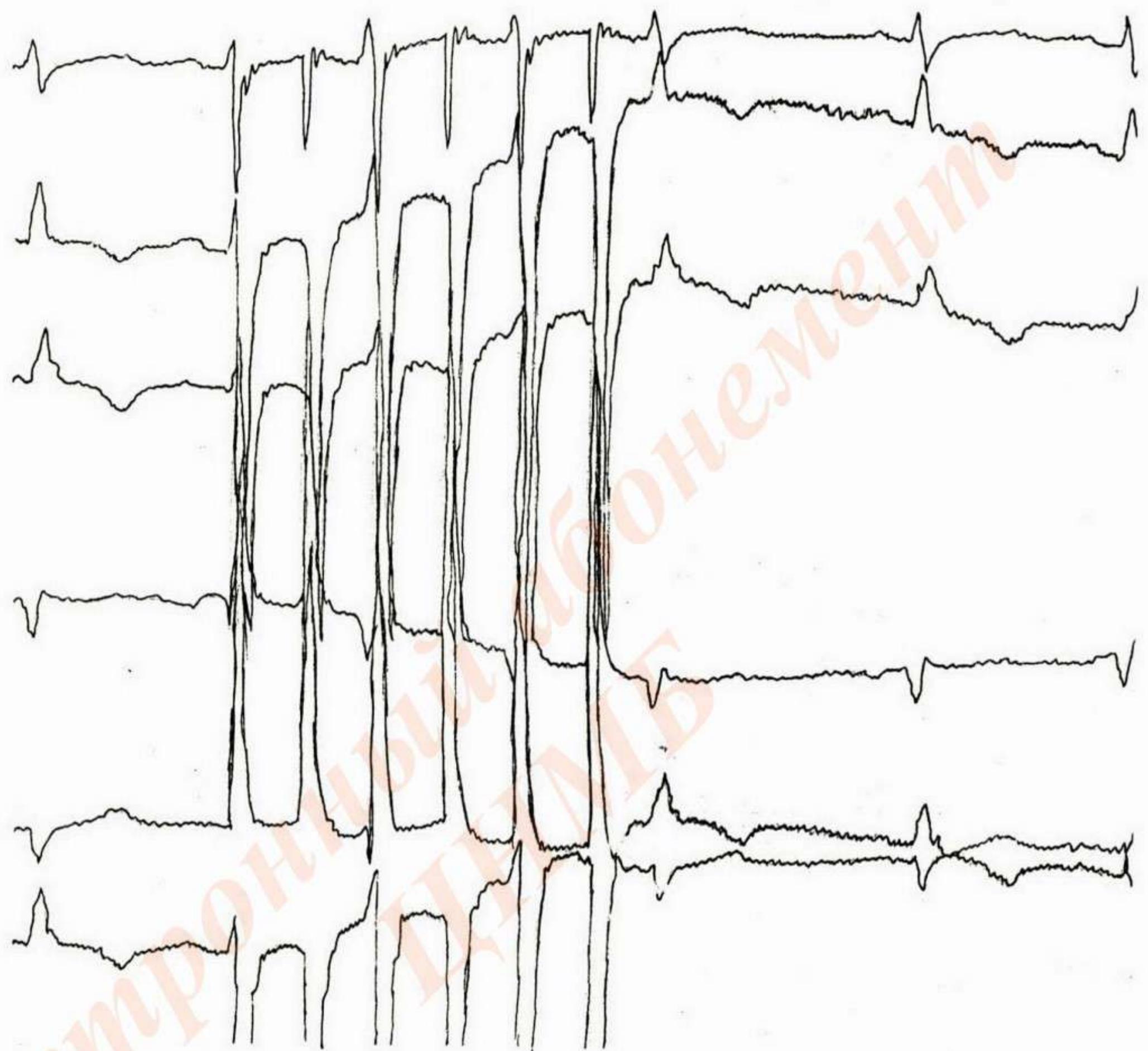


Рис. 11. ЭКГ больной К. после гипносуггестивного сеанса (непрерывная запись). Чреспищеводная залповая электрокардиостимуляция не провоцирует нарушение восстановленного ритма сердца

дечного ритма представляли собой реальную угрозу развития внезапной смерти.

В гипнотическом состоянии больной проводилась чреспищеводная запись электрокардиограммы. Во время суггестирования в гипнотическом сне лечебных органонаправленных формул произошло купирование аритмии с восстановлением синусового ритма (рис. 10). После сеанса была произведена попытка индуцировать нарушения ритма диагностической чреспищеводной залповой кардиостимуляцией, но несмотря на агрессивность воздействия "сорвать" синусовый ритм не удалось (рис. 11).

Эффективность гипносуггестивной терапии составила 11 баллов (91,7%).

Больной И., 38 лет. Из анамнеза известно, что 4 года назад попал в автокатастрофу, в которой погибла жена, ребенок стал инвалидом, а сам получил сотрясение головного мозга и перелом нескольких ребер. После пережитой аварии больного постоянно беспокоили ночные кошмары. Больной стал злоупотреблять приемом алкоголя. Появились приступы сердцебиений, количество которых со временем увеличивалось. Приступы тахикардий стали ежедневными, продолжаясь по несколько часов, не купируясь введением антиаритмических препаратов, сопровождаясь гемодинамическими расстройствами. ЧСС во время приступов тахикардии достигала 180–230 в 1 минуту. Для восстановления нормального ритма сердца трижды проводилась электроимпульсная терапия.

При обследовании, в ходе эндокардиального ЭФИ верифицирован добавочный аномальный путь проведения – левосторонний париетальный пучок Кента. Диагностирована врожденная аномалия проводящей системы сердца, скрытый WPW-синдром. Пароксизмаль-

ная реципрокная наджелудочковая тахикардия. Во время ЭФИ: пароксизмы тахикардии легко индуцировались при всех режимах ЭКС, зона тахикардии при программированной электростимуляции превышала 100 милисекунд. В связи с резистентностью ко всем антиаритмическим препаратам, с учетом степени клинической тяжести аритмии больному были определены показания к хирургическому лечению аритмии. Больной имел вторую группу инвалидности.

Для коррекции психических расстройств перед предстоящим оперативным лечением начат курс гипносуггестивной терапии. В каждом сеансе достигалась сомнамбулическая стадия гипнотического сна с четкой реализацией в постгипнотическом периоде суггестивной информации. В четвертом сеансе гипносуггестии больному введены специфические внушения, направленные на "разрыв" аномальных путей проведения. На следующий день больному проводилось контрольное ЭФИ перед операцией. Больной с уверенностью сообщил (повторяя слова сuggestии), что "теперь невозможно вызвать аритмию...".

Действительно, индуцировать пароксизм тахикардии при контролльном ЭФИ не удалось всеми методами кардиостимуляции, включая агрессивные – частая и сверхчастая ЭКС, до и после введения атропина. Сохранились условия для возникновения пароксизмов – наличие электрокардиографического признака дополнительного пути проведения при чреспищеводном ЭФИ (зубец Р' после комплекса QRS) (рис. 12), но в функциональном отношении пучок Кента был неспособен к ускоренному проведению импульсов, о чем свидетельствовало исчезновение зоны тахикардии. Оперативное лечение было отложено в связи с невозможностью индуцировать тахикардию методами кардиостимуляции и осуществить то-

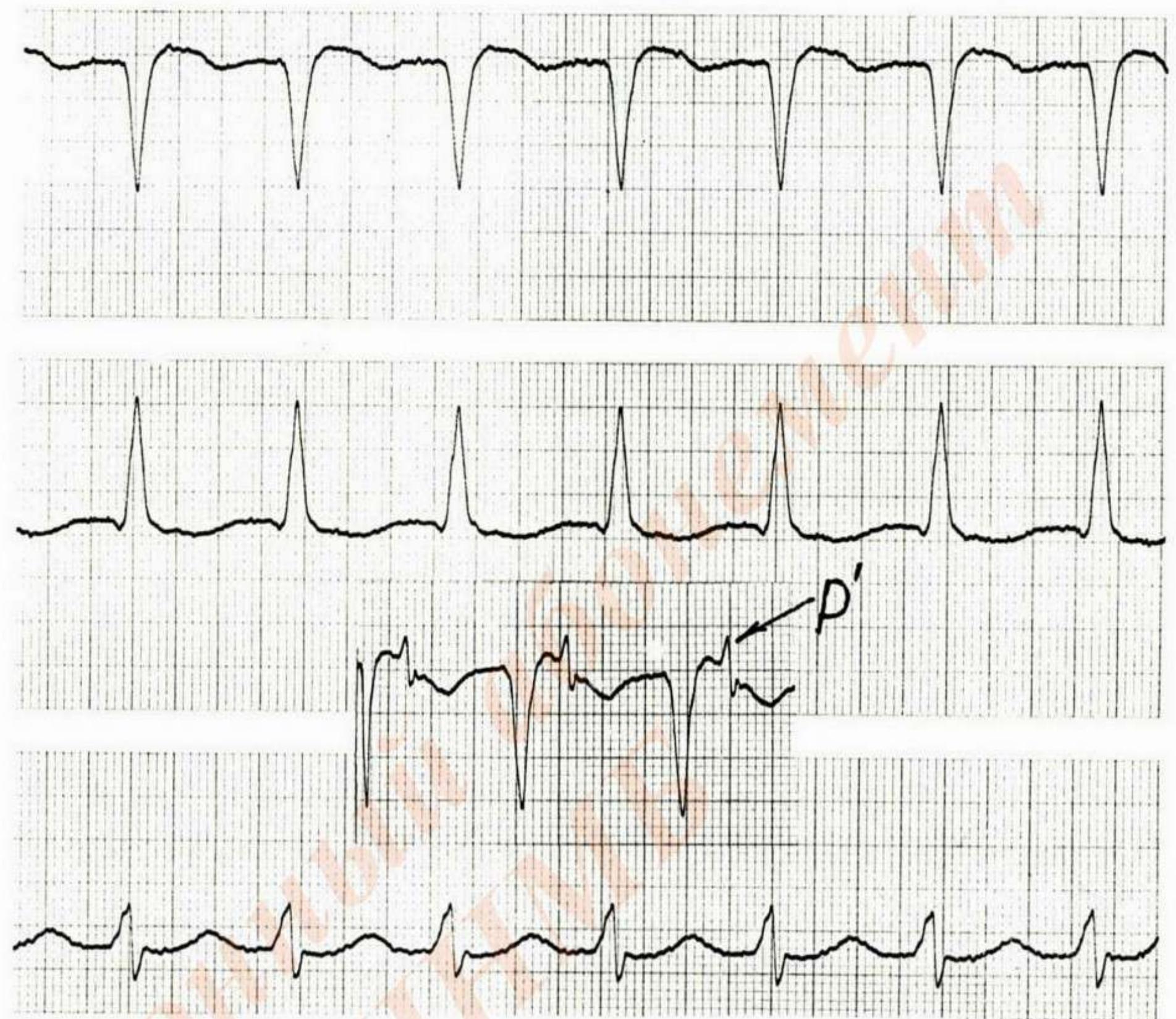


Рис. 12. ЭКГ больного И. после гипносуггестивной терапии. На отрезке чреспищеводной электрограммы зубец Р' свидетельствует о наличии дополнительного пути атриовентрикулярного проведения типа скрытого пучка Кента, функционирующего в ретроградном направлении

тическую диагностику добавочного атриовентрикулярного соединения. В дальнейшем пароксизмов тахикардии не отмечалось. Невротическая симптоматика купировалась и больной сообщил, что вновь стал самим собой.

Больной, чувствуя себя довольно хорошо, все же был заинтересован в сохранении второй группы инвалидности, но при обследовании перед ВТЭК документально подтвердить пароксизмальную тахикардию при ЭФИ не удалось. Катамнез прослежен до 1,5 лет.

Эффективность гипнотерапии составила 11 баллов (91,7 %).

В следующем клиническом наблюдении проведена оценка эффективности гипнотерапии в лечении идиопатического нарушения сердечного ритма.

Больной Р., 21 год. Из анамнеза известно, что впервые нарушения ритма (желудочковая экстрасистолия высоких градаций) были зарегистрированы в тот период, когда пациент болел тяжелой формой вирусного гепатита и находился в реанимационном отделении. Сам больной субъективно их не ощущал, но чрезмерное внимание врачей заставили его "прислушиваться к сердцу, чтобы ощутить аритмию", регистрируемую врачами. В результате возникшей невротической фиксации, нарушения сердечного ритма возникали при напоминании больному о пережитых картинах реанимации и других пережитых стрессах, а также больной сам мог произвольно вызывать у себя аритмию после сосредоточения внимания на работе сердца. Больного беспокоили нарушения сна, быстрая утомляемость, раздражительность, а также кардиофобическая симптоматика. При обследовании больного, включая ЭФИ сердца, данных за органическую основу аритмии не получено. Диагностирована идиопатическая желудочковая экстрасистолия высоких гра-

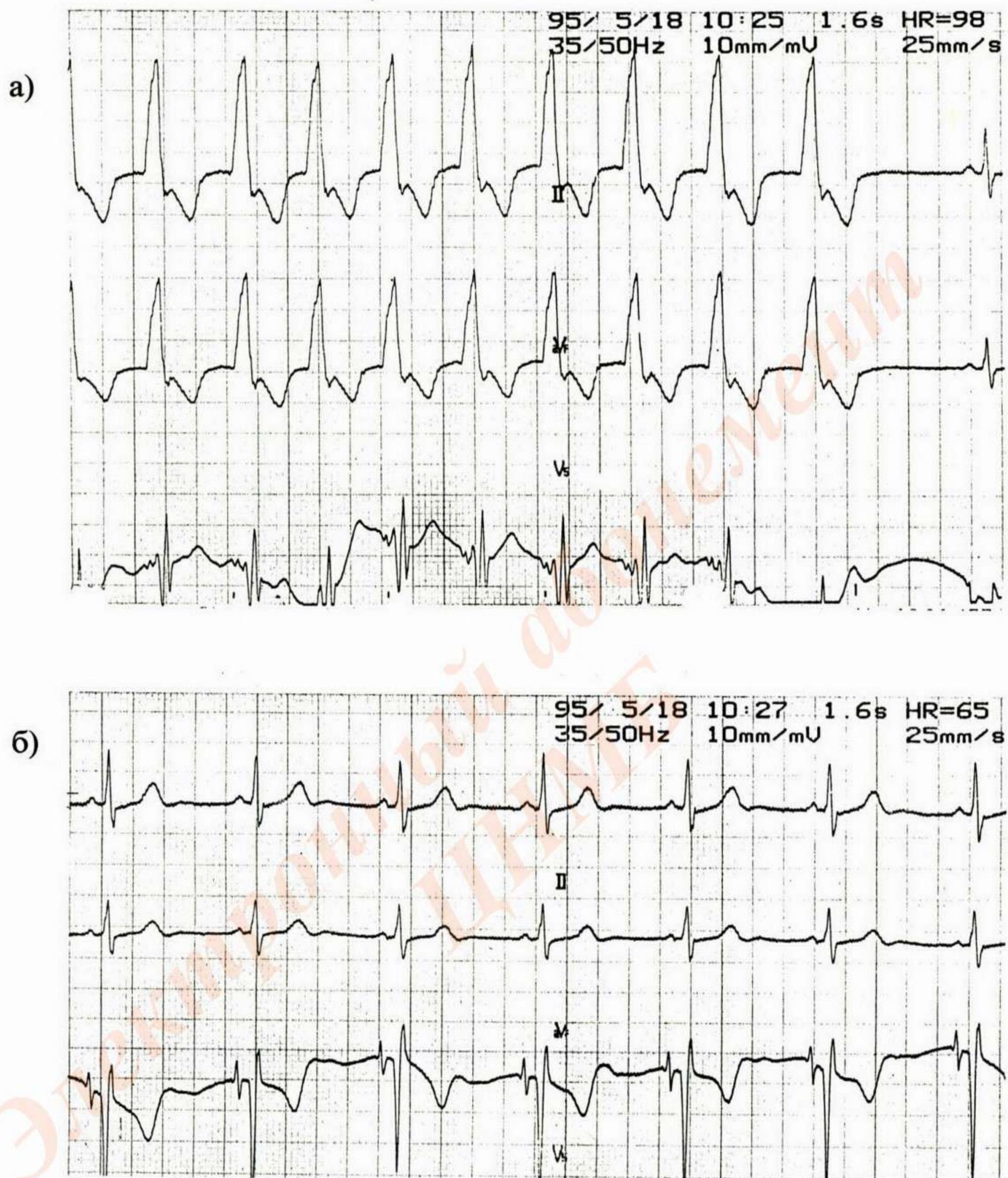


Рис. 13. ЭКГ больного Р. во время гипнотерапевтического сеанса (непрерывная запись): а) до лечебных суггестий регистрируется пароксизм желудочковой тахикардии; б) восстановление ритма сердца в момент сuggестиования лечебных формул

даций по Лауну.

В третьем гипносуггестивном сеансе, до введения лечебных внушений, регистрировались эпизоды желудочковой тахикардии (рис. 13 а), но в процессе внушения лечебных программ, нарушения ритма исчезли (рис. 13 б) и больше не рецидивировали. После гипнотерапии провоцирующее психоэмоциональное напряжение и попытки больного самопроизвольно индуцировать аритмию оказывались безуспешными.

Эффективность гипносуггестивной терапии составила 11 баллов (91,7%).

Развитие невротических расстройств в сопровождении сердечных аритмий с верифицированной морфологической основой для манифестиования прослежено в представленных ниже клинических наблюдениях.

Больная В., 42 лет. Из анамнеза известно, что 12 лет назад на ее глазах погиб в автодорожном происшествии десятилетний сын. С этого времени больная стала ощущать перебои в работе сердца с периодической потерей сознания на фоне аритмии. У больной была диагностирована пароксизмальная желудочковая тахикардия, по поводу которой она неоднократно лечилась стационарно.

В течение последних 2-х лет самочувствие больной значительно ухудшилось, пароксизмы аритмии стали возникать чаще, сопровождаясь потерей сознания. Подобрать эффективную антиаритмическую терапию не удавалось. Больная поступила в отделение кардиохирургии для оперативного лечения "злокачественного" нарушения ритма сердца.

При комплексном клинико-инструментальном обследовании вы-

явлена желудочковая парасистолия, парасистолическая желудочковая тахикардия. Коронарографическое исследование выявило наличие приустановленного стеноза правой коронарной артерии (на 75%).

У больной диагностирована ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения III функционального класса. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Атеросклеротический кардиосклероз с нарушением ритма сердца по типу желудочковой парасистолии, парасистолической желудочковой тахикардии. Н1.

Во время беседы с больной обращали внимание выраженная эмоциональная лабильность, аффективная напряженность, плаксивость, сопровождавшиеся "бурной" вегетативной симптоматикой (гиперемия кожи лица, шеи, груди – пятна Труссо), дистальный гипергидроз, учащенное дыхание, тахикардия до 100 ударов в минуту). При воспоминаниях о гибели сына психовегетативные проявления заметно усиливались. Больная жаловалась на бессонницу, необъяснимый страх, постоянную внутреннюю тревогу, слабость в теле. Несмотря на давность трагедии продолжали преследовать воспоминания о гибели сына, во время которых "разрывалась душа и колотилось сердце."

С началом психотерапии больная отметила существенное улучшение самочувствия. В четвертом сеансе производилась запись ЭКГ для контроля за сердечным ритмом во время суггенирования лечебных формул. В момент введения в гипнотическое состояние на ЭКГ регистрировалась частая желудочковая парасистолия (рис. 14 а). После введения больной в сомнамбулическую стадию гипнотического сна, на 16 минуте сеанса, во время суггенирования специфических лечебных формул для купирования парасистолии, произошло восстановление сердечного ритма (рис. 14 б).

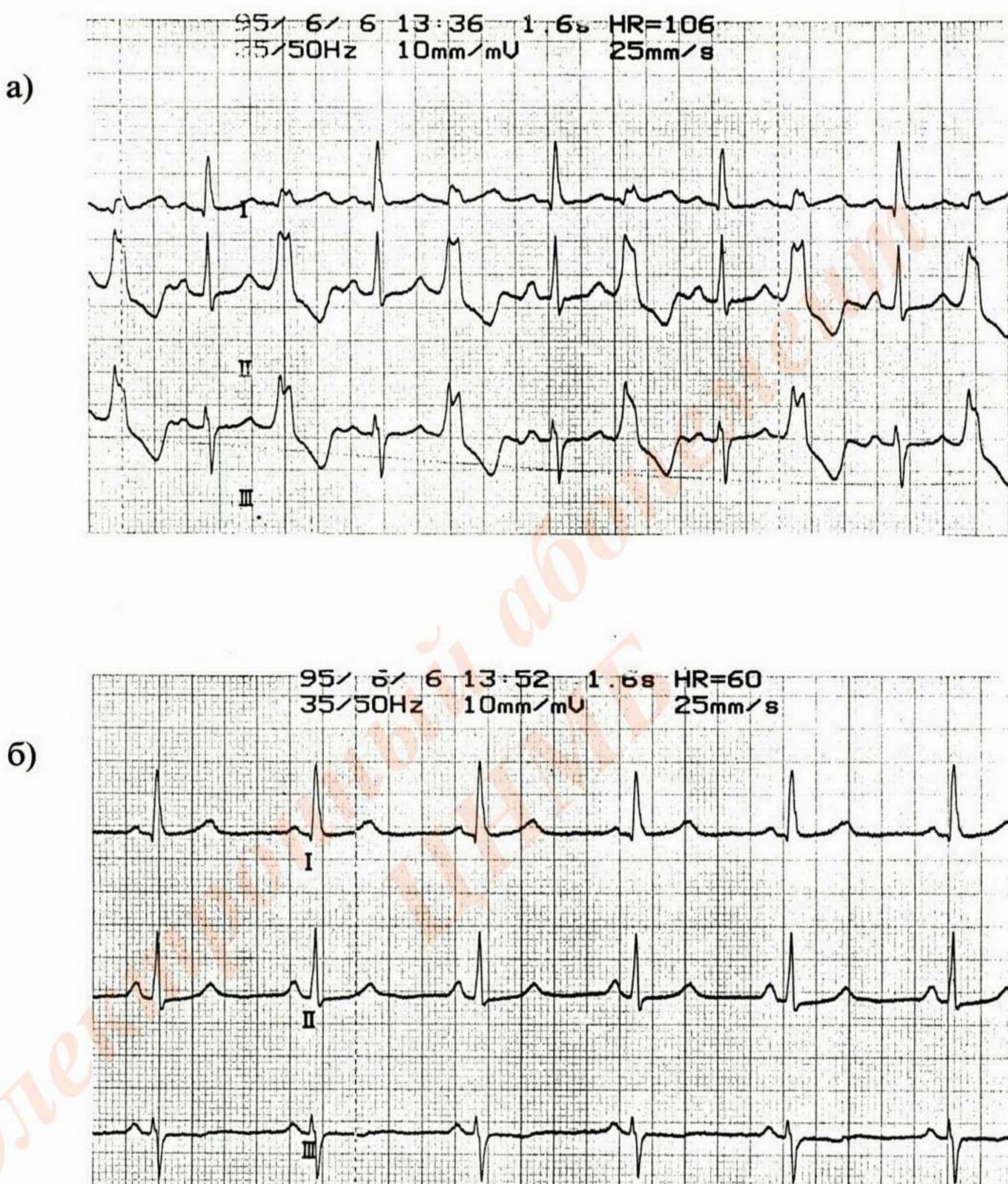


Рис. 14. ЭКГ больной В. во время гипногестивного сеанса (непрерывная запись): а) частая желудочковая парасистолия в начале сеанса; б) исчезновение парасистолии в момент внушения лечебных формул

В течение сеанса несколько раз возвращался парасистолический ритм, но к концу сеанса стойко установился нормальный ритм сердца. После гипнотерапии спонтанные желудочковые нарушения ритма исчезли, более того, методами электроакардиостимуляции во время контрольного ЭФИ они не провоцировались. Невротическая симптоматика редуцировалась. Катамнез прослежен до 1,5 лет.

Эффективность гипнотерапии составила 9 баллов (75 %).

Больная К., 49 лет. Из анамнеза известно, что 4 года назад в автокатастрофе погиб ее сын. С этого времени у больной стали появляться нарушения ритма сердца, причем появление их связано с успокоением больной. На пике переживаний ощущения перебоев в работе сердца исчезали. Больная настойчиво убеждала врачей в том, что нарушения ритма связаны с психическим состоянием, "идут от головы". Поэтому она стремилась принимать психотропные препараты, которые иногда улучшали ее состояние. Применение антиаритмических препаратов резко ухудшало самочувствие больной – на фоне приема этацизина и пульснормы был документирован их аритмогенный эффект.

В психическом статусе больной доминировали эмоциональные расстройства, беспокоили стойкие нарушения сна с кошмарными сновидениями. При обследовании больной, включавшем холтеровское мониторирование, ЭКГ, ЭхоКГ, чреспищеводное ЭФИ, нагрузочные пробы, выявлена частотно-зависимая форма желудочковой парасистолии. Диагностирован атеросклеротический кардиосклероз. На коронарографии – диффузное поражение коронарных артерий, преимущественно левой.

Больная с большим желанием поддержала предложение привести ей курс психотерапевтического лечения. Пробы на внушаемость

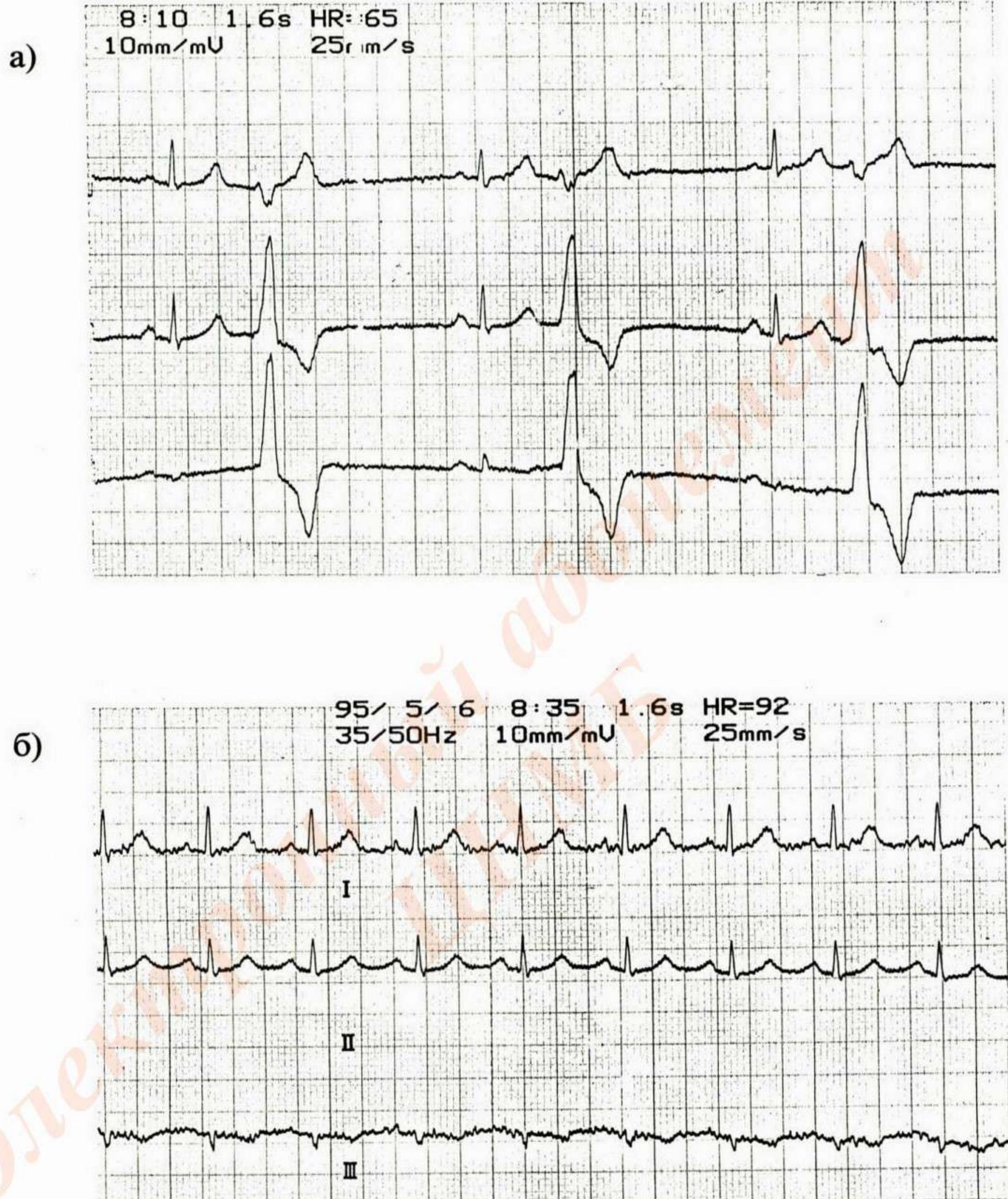


Рис. 15. ЭКГ больной К.: а) желудочковая парасистолия до сеанса гипнотической сuggестиции; б) восстановление ритма сердца на фоне сuggестированного лечения формул

были положительными. Перед гипносуггестивным сеансом на ЭКГ регистрировалась желудочковая парасистолия (рис. 15 а). Во время третьего сеанса, на фоне сuggестиования лечебных формул, произошло учащение ЧСС до 92 в 1 минуту с восстановлением нормального ритма сердца (рис. 15 б).

После завершения психотерапии на серии случайных ЭКГ аритмия не выявлена. Эффективность гипносуггестии составила 9 баллов (75%).

Больная М., 16 лет. Из анамнеза известно, что в 11 летнем возрасте возрасте была оперирована по поводу дефекта межжелудочковой перегородки с хорошим эффектом. В период очередного стационарного обследования на ЭКГ была выявлена частая экстрасистолия, о чем больной было сообщено. Назначен прием сердечных гликозидов, после которых на 3 сутки возникли явления дигиталисной интоксикации, проявившейся учащением экстрасистол, появлением эпизодов предсердной тахикардии с атриовентрикулярной блокадой II степени. Для мониторного контроля за сердечным ритмом больная помещена в палату интенсивной терапии, где ей было сказано: "Не двигаться!" В неподвижном состоянии больная пролежала несколько суток, строго следя указаниям врача. При этом больная постоянно следила за ритмом своего сердца по монитору, который был расположен напротив нее.

На 5 сутки пребывания в реанимационном отделении у больной внезапно стали возникать приступы реципрокной тахикардии с частотой желудочковых сокращений до 230 в 1 минуту. Это явилось причиной для перевода больной в отделение кардиохирургии для экстренной операции по жизненным показаниям. По данным диагностического ЭФИ у больной была выявлена врожденная аномалия

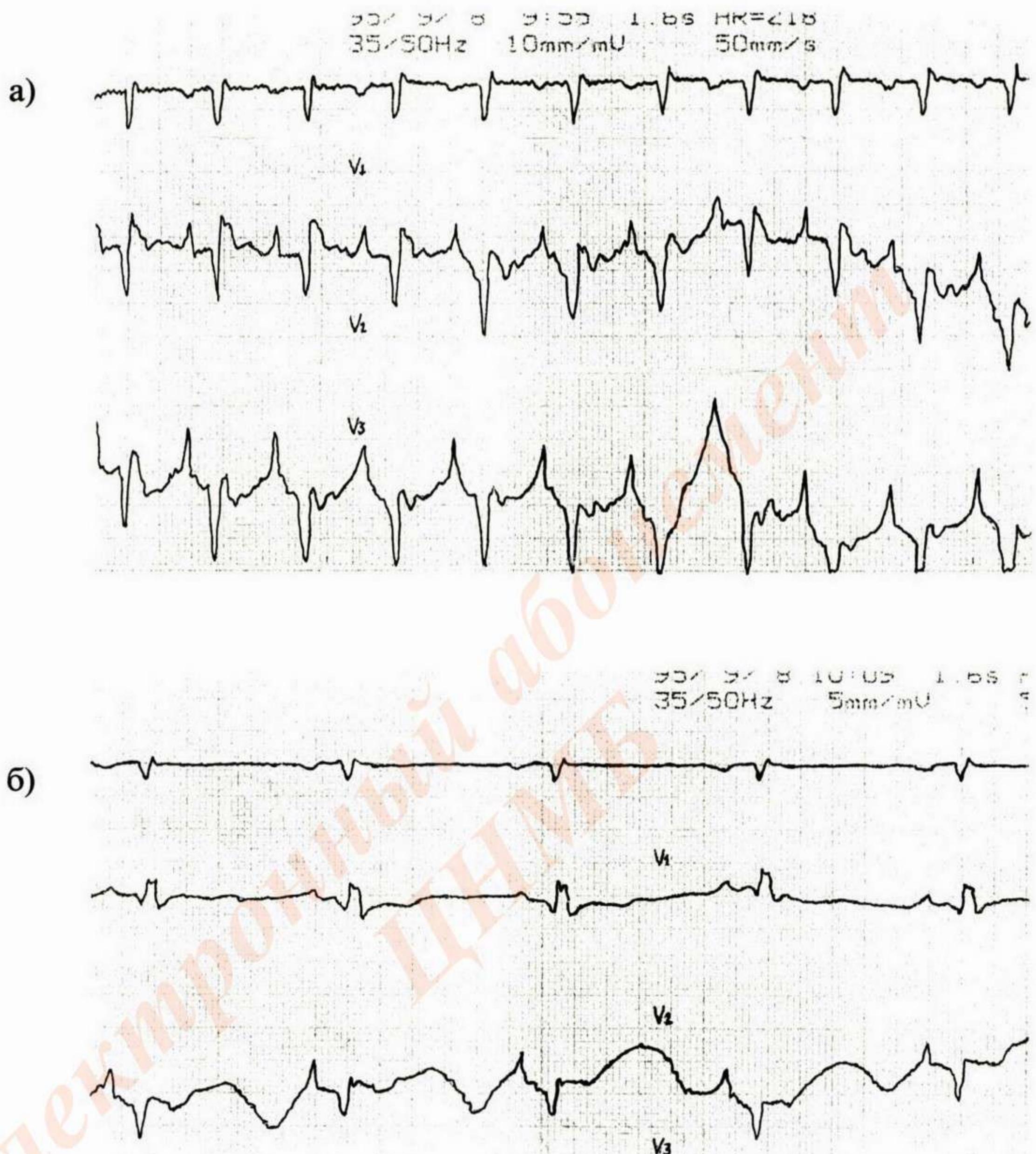


Рис. 16. ЭКГ больной М.: а) перед гипносуггестивным сеансом регистрируется пароксизм реципрокной атриовентрикулярной тахикардии с частотой желудочковых сокращений 218 в 1 минуту; б) восстановление ритма во время гипносу гестии (ЧСС = 92 в 1 минуту).

проводящей системы сердца – скрытый синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (ретроградно функционировавший правосторонний пучок Кента).

При осмотре больной обращало внимание то, что при отвлечении внимания и проведении вагусных проб тахикардия на короткое время купировалась. Существенных гемодинамических расстройств на фоне тахиаритмии не отмечалось. Внешний вид больной выражал аффективную напряженность, испуг, страх. Для стабилизации эмоционального состояния решено провести гипносуггестивный сеанс. Перед началом сеанса на ЭКГ регистрировалась реципрокная атриовентрикулярная тахикардия с частотой желудочковых сокращений 218 в 1 минуту (рис. 16 а).

Ввиду высокой внушаемости, больная легко была введена в сомнамбулическую стадию гипнотического сна, в которой на фоне седативных суггестий произошло достаточно быстрое восстановление сердечного ритма (рис. 16 б). Больная переведена в общую палату. После курса гипнотерапии самочувствие пациентки полностью восстановилось. При контрольном ЭФИ сердца спровоцировать нарушения ритма не удалось.

Эффективность гипнотерапии составила 10 баллов (83,3 %).

В следующем клиническом наблюдении показаны возможности применения гипноаналгезии перед электрокардиостимуляцией с целью купирования нарушений сердечного ритма.

Больной П., 13 лет. Из анамнеза известно, что 2 года назад, после падения на камень потерял сознание, а после возвращения сознания ощутил "неприятные толчки" в области сердца. С этого момента существенно снизилась толерантность к физической нагрузке, самочувствие постепенно ухудшалось. Появились разд-

ражительность, вспыльчивость, нарушения сна, фиксация на своих ощущениях, которыми больной значительно тяготился. Выявлено также нарушение ритма сердца по типу трепетания предсердий, неправильная форма.

На фоне данного нарушения ритма сердца возникли и стали быстро прогрессировать признаки недостаточности кровообращения до II Б стадии, в связи с чем больной был направлен для проведения электроимпульсной терапии. Считается, что устранить данную форму нарушения ритма методами ЭКС невозможно, а электроимпульсная терапия, даже плановая, для ребенка травматична и небезопасна, кроме того проведение электроимпульсной терапии ребенку требует общего обезболивания.

Решено было восстановить сердечный ритм методом ЭКС, а для обезболивания выбрать гипноаналгезию. Больной был высоковнушаемым и легко введен в глубокое гипнотическое состояние. До введения лечебных суггестий на ЭКГ регистрировалось трепетание предсердий с частотой желудочковых сокращений 130–150 в 1 минуту (рис. 17 а). После шоковой гипнотической "добавки" и скоростного сuggестиования слов: "Сердце работает ритмично", непрерывная запись ЭКГ показала правильный ритм на фоне возросшей тахикардии до 137 в 1 минуту (рис. 17 б). Перевод неправильного ритма в правильный позволил залповой ЭКС достаточно легко купировать трепетание предсердий и восстановить правильный сердечный ритм (нижнепредсердный) (рис. 17 в).

Для предотвращения возможного возобновления аритмии введена соответствующая суггестия. На фоне восстановленного ритма сердца признаки недостаточности кровообращения полностью исчезли, самочувствие нормализовалось, толерантность к физичес-

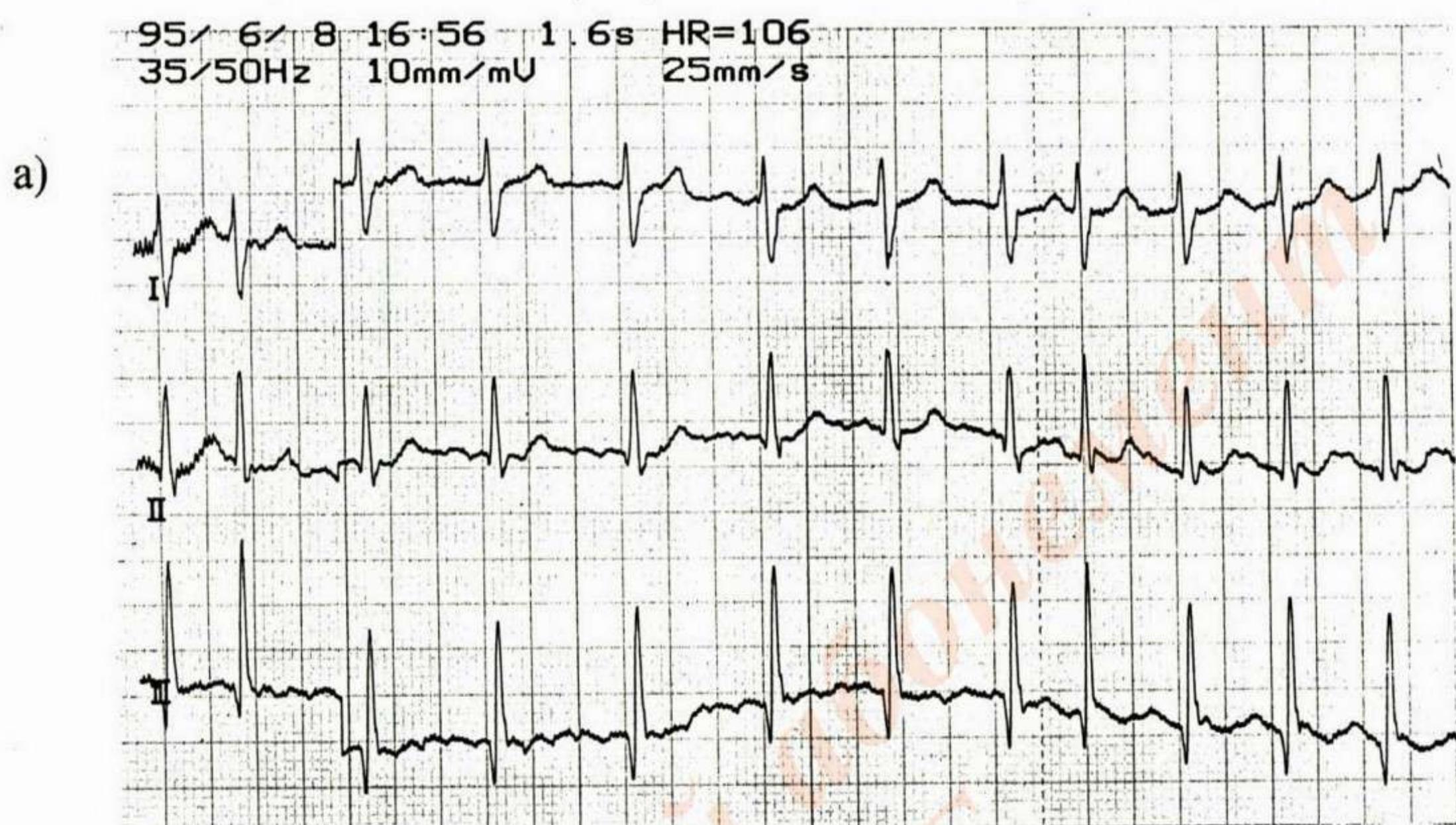
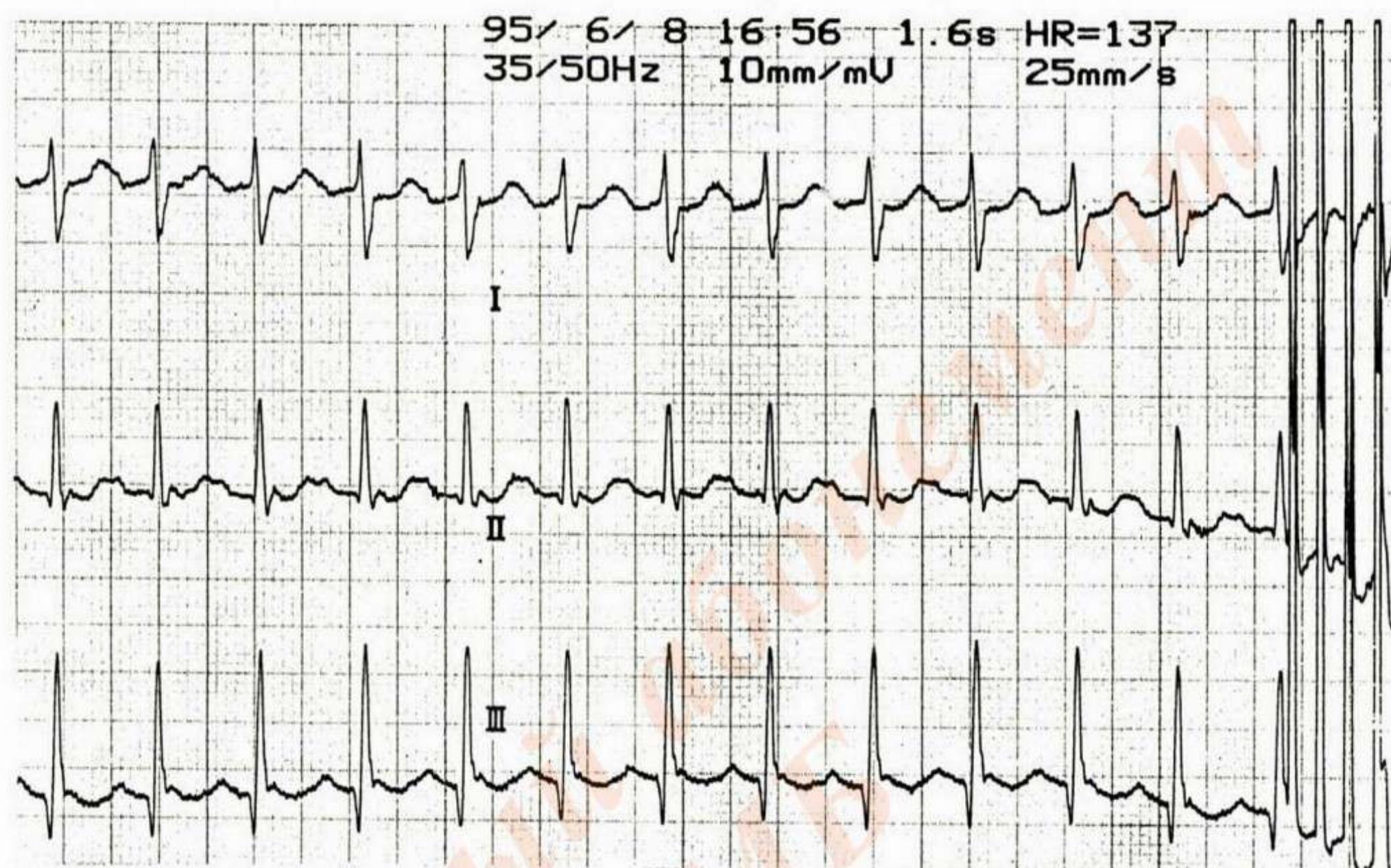
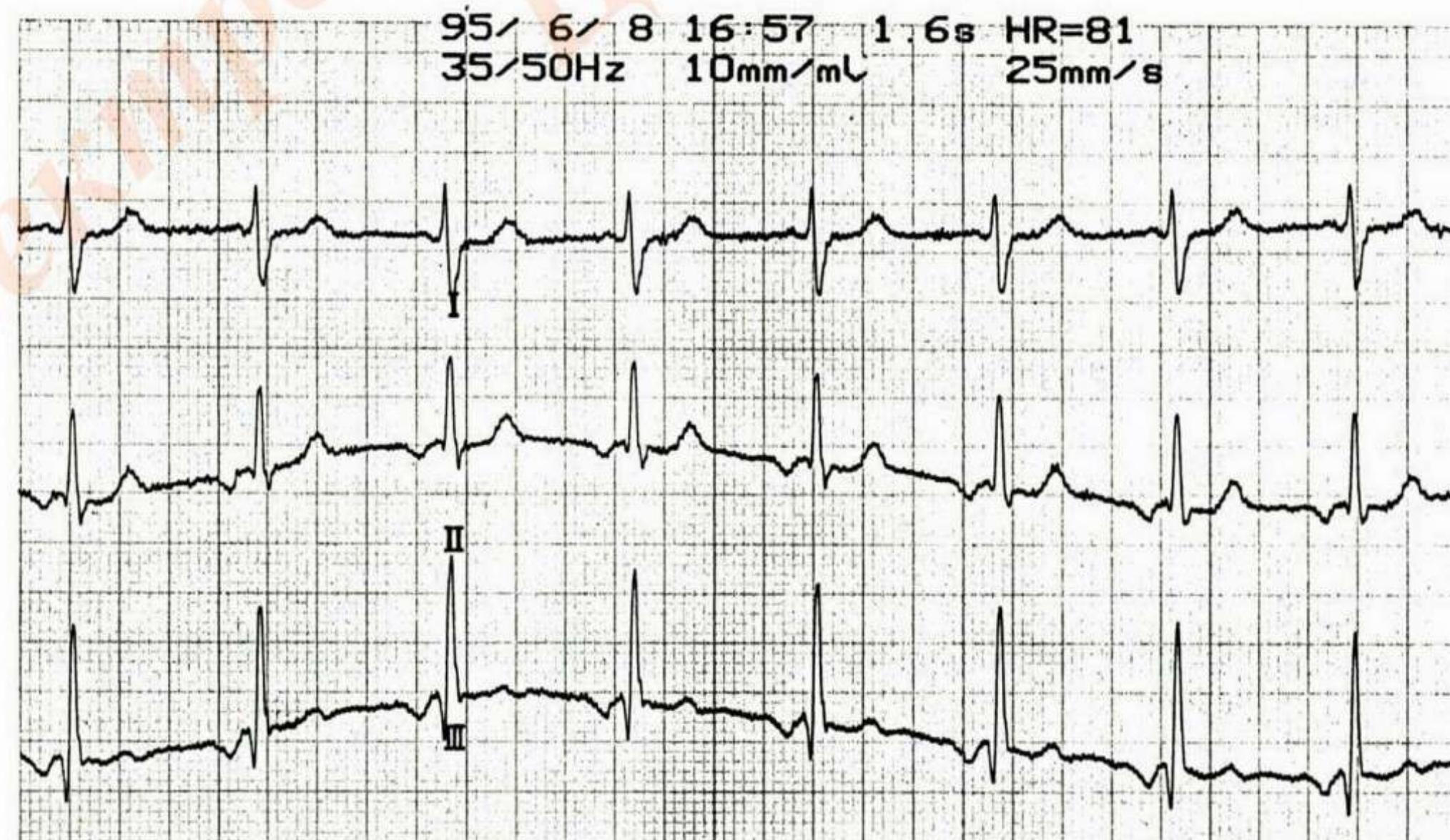


Рис. 17. ЭКГ больного П. во время сеанса гипносуггестии (непрерывная запись): а) до начала внушения лечебных формул регистрируется неправильная форма трепетания предсердий; б) перевод неправильной формы трепетания предсердий в правильную форму на фоне гипносуггестии с последующим залпом чреспищеводной ЭКС; в) восстановление ритма сердца (нижнепредсердный ритм)

b)



B)



кой нагрузке существенно возросла. В дальнейшем рецидивов аритмии не отмечено, а качество жизни стало высоким.

Электронный архив ЦНМБ

ГЛАВА 5. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

5.1. Обсуждение результатов исследования внушаемости, субъективного состояния и гемодинамики подводников в условиях автономного плавания

Значительное повышение внушаемости подводников во всех исследуемых подгруппах происходит спустя месяц пребывания в условиях автономного плавания, достигая в 98,6% случаев уровня гипервнушаемости, который сохраняется в течение всего последующего периода плавания.

Анализ внушаемости в исследуемых подгруппах моряков свидетельствует о том, что у подводников без признаков функциональных нарушений психической деятельности (контрольная подгруппа I_B) наряду с гипервнушаемыми подводниками 96,2% остаются также маловнушаемые моряки – 3,8% ($p<0,001$). Это соотношение формируется к 32–37 суткам похода и остается неизменным до его окончания.

Внушаемость моряков с функциональными нарушениями психической деятельности (подгруппы I_A и I_B) к 32–37 суткам похода достигает устойчивого уровня гипервнушаемости – 100% высоковнушаемых моряков в каждой подгруппе, который сохраняется до завершения автономного плавания.

Формированию гипервнушаемости подводников в период автономного плавания способствуют объективно действующие факторы.

Подводники в длительных походах вынужденно подвергаются воздействию ряда факторов, обусловленных изоляцией от внешнего мира: сенсорная недостаточность, слабость кинетостатической

афферентации, малая информативность наличных раздражителей, дефицит внешней информации, монотонность деятельности и однобразие обстановки.

Следует отметить, что указанные факторы длительной герметизации имеют заметное сходство с условиями гипнотизации человека, а именно: ограничение света, звуков и произвольных движений, монотонность голоса и ритмичность раздражителей, однобразие обстановки. В процессе гипнотизации человека врач, последовательно утомляя и "выключая" работу анализаторов, "расчленяя" и обособляя психические процессы, фактически, добивается в гипнозе сенсорной депривации, а точнее – состояние измененного сознания (Куликов В.Н., 1978; Миневич В.Б., Дремов С.В., 1994; Спивак Л.И., 1988).

Гипнотическое состояние при этом всегда сопровождается значительным повышением внушаемости человека (Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., 1993; Мышляев С.Ю., 1994; Рожнов В.И. с соавт., 1974), но в несравненно более короткий срок, чем постепенный рост внушаемости в условиях длительной изоляции.

Следовательно, в период длительного автономного плавания возникает постепенное переключение всей психической деятельности человека на другой уровень психического реагирования, на иную степень восприятия окружающего и самого себя, что позволяет говорить о качественном изменении состояния сознания подводников, которое сопровождается постепенным повышением уровня внушаемости. Многие подводники отмечают необъяснимую сонливость, которая развивается через некоторое время после входа в отсеки подводной лодки даже при нахождении корабля в пунктах базирования.

Внушаемость моряков в автономном плавании в значительной степени обусловлена сенсорной депривацией, длительной изоляцией, нарастающим утомлением, экстремальностью и неопределенностью событий периода плавания, а также сниженной верификацией информации.

Снижение верификации информации обычно наблюдается у детей, спортсменов и солдат, привыкших к повиновению, а, следовательно, и восприимчивых к внушению (Кондрашенко В. Т., Донской Д.И., 1993). На внушении преимущественно и основано влияние начальника на подчиненных, командира на солдат, так как воинская служба по своей сущности основана на внушении (Бехтерев В.М., 1903), предполагая организацию целесообразного поведения групп людей в экстремальных (боевых) ситуациях. Поэтому, не случайно прослеживаются аналогии между процедурой внушения и некоторыми особенностями воинской службы: иерархичность отношений между начальником и подчиненными, требования действовать "беспрекословно..." (некритично); необходимость отработки офицером командирского голоса (уверенного, жесткого и относительно громкого); четкость, лаконизм, содержание, формы подачи команд и многое другое (Филимоненко Ю.И., 1992).

Повышенная внушаемость военнослужащих предполагает ускоренное усвоение ими (без интеллектуальной и эмоциональной переработки) образцов поведения своих начальников и командиров в случае неспособности самостоятельно и оперативно ориентироваться в экстремальной ситуации, приобретая готовые программы целесообразного поведения.

Таким образом, феномен гипервнушаемости подводников в автономном плавании следует трактовать как один из эволюционно

сложившихся психологических механизмов выживания, заключающийся в экстренном повышении внушаемости (управляемости) людей в экстремальных и, возможно, опасных для жизни ситуациях.

Внушаемость относительна в своей связи с конкретным врачом, воздействия другого врача могут показать иную внушаемость, что зависит от способности внушать, но выявленная гипервнушаемость подводников в автономном плавании открывает широкие возможности успешного применения лечебных внушений не только в гипнозе, но и в бодрствующем состоянии.

Высокая внушаемость подводников в походе способствовала успешной гипнокоррекции преневротических состояний и гипнопрофилактике развития нервно-психических расстройств и психосоматических заболеваний у членов экипажа подводной лодки (подгруппа IA).

Результаты оценки субъективного состояния моряков на фоне гипносуггестивных сеансов позволили выявить оптимизирующее действие гипносуггестии на психическое состояние подводников, которое мы связываем с феноменом "дефанс-эффекта" (с франц., *defanse* – защита, охрана). Сущность данного феномена, по нашему мнению, заключается в пролонгированной защите психики от разрушительного воздействия комплекса психотравмирующих факторов длительного автономного плавания за счет расширения резервных возможностей организма моряков под влиянием каскада нейропептидных реакций (Бехтерева Н.П. с соавт., 1988), активирующихся под воздействием лечебных свойств гипнотических состояний (Архангельский А.Е., 1994; Гроф С., 1994), а также благодаря реализации в постгипнотическом периоде внущенных программ реагирования на неблагоприятные условия существова-

ния.

Состояние психической деятельности, которое является первым и крайне чувствительным индикатором изменений в организме при встрече его с неблагоприятными факторами (Казначеев В.П., 1980), не могло не отразиться и на реактивности сердечно-сосудистой системы моряков в период автономного похода.

Гемодинамические изменения (снижение УО, МО, СИ) в психотерапевтической подгруппе подводников (IA) во время гипносуггестивных сеансов и на протяжении всего автономного похода свидетельствовали об оптимизации функционального состояния организма, которое достигается, в частности, изменением режима функционирования сердечно-сосудистой системы, несмотря на непрерывное воздействие неблагоприятных условий автономного плавания.

У подводников с преневротическими состояниями, которым в походе психокоррекция не проводилась, к окончанию автономного плавания произошло углубление нервно-психических расстройств с развитием кратковременной стадии невротического состояния.

Нервно-психическое неблагополучие моряков отразилось также на гемодинамических реакциях (увеличение УО, МО, СИ) с тенденцией к формированию гиперкинетического варианта кровообращения – гемодинамически неэкономного и расточительного.

Применение гипносуггестивной терапии в лечении психогенных расстройств непосредственно в условиях автономного плавания заслуживает более подробного обсуждения полученных результатов клинического наблюдения.

Обширная патология дыхательной системы может сопровождаться синдромом бронхоспазма, что создает определенные труд-

ности в выявлении причин, путей и этапов формирования измененной реактивности бронхов. Чрезвычайное разнообразие внешних и внутренних этиологических факторов, множественность их комбинаций друг с другом являются важнейшими причинами клинической гетерогенности больных с бронхоспастическим синдромом (Чучалин А.Г., 1991).

Подводник в рассмотренном выше клиническом наблюдении перед автономным плаванием проходил медицинское обследование, жалоб на состояние здоровья не предъявлял и был допущен к выходу в море. Однако, длительное пребывание в жестких условиях длительного плавания с множеством непрерывно воздействующих психотравмирующих факторов и наследственная предрасположенность к патологии дыхательной системы формировали "внутреннюю готовность" организма к болезни. В этой связи перенесенный острый диффузный бронхит и последовавшая за этим стрессовая ситуация оказали негативное влияние на реактивность бронхов, спровоцировав развитие бронхоспастического синдрома.

Бесконтрольное применение симпатомиметика (беротека) и постепенно возрастающая резистентность к нему привели к затянувшемуся приступу удушья и развивающемуся "синдрому рикошета", в основе которого лежит фармакологическая блокада β -адренорецепторов гладкой мускулатуры бронхов, проявляющаяся в усилении бронхоспазма (Чучалин А.Г., 1991).

Требовалась отмена бронхолитика с назначением других лекарственных средств, включая глюкокортикоиды. Однако, кроме клинической картины бронхоспазма принимались во внимание выраженность эмоциональных расстройств и возможность эффективного влияния на тонус гладкой мускулатуры бронхов в гипнотическом

сне, как в момент приступа, так и вне его (Буль П.И., 1955; Варшавский К.М., 1973; Султанова А., 1983; Рожнов В.Е., 1990).

Высокая внушаемость больного позволила успешно провести "ургентный" сеанс гипнотерапии и полностью купировать приступ удушья. Гипервнушаемость пациента позволила также без специальной медикаментозной терапии в короткий срок "отойти" от бронхолитиков, используя фактически импровизированную суггестивную программу ("прием 1 таблетки димедрола под язык и самомассаж болезненной зоны на боковой поверхности локтевого сгиба полностью снимают удушье"), и получить стойкий лечебный эффект в постгипнотическом периоде.

Определенный клинический интерес представляла рецидивирующая пиодермия лица у данного больного, возникавшая только в автономном плавании и отличавшаяся стойкой резистентностью к проводимой терапии. Ведущим в ее возникновении, по нашему мнению, явился психогенный фактор.

Высокая эффективность гипнотерапии в лечении различных форм пиодермий и других дерматозов (Картамышев А.И., 1953; Скрипкин Ю.К., 1957; Желтаков М.М., с соавт., 1963), а также условия автономного плавания, благоприятные для лечебного применения суггестии, позволили с уверенностью провести гипнотерапию пиодермии и полностью купировать ее. Эффективность гипносуггестивной терапии составила 10 баллов (83,3 %).

Таким образом, гипнокоррекция функционального состояния подводников в период плавания способствовала не только антистрессовой защите психики, но и являлась своеобразным гемодинамическим стресспротектором. Успешное же применение гипносуггестии в лечении психосоматической патологии лишь подтверждает

доминирующее влияние психики на функциональное состояние организма, находящегося в стрессовых условиях.

5.2. Обсуждение результатов гипнотерапии отдаленных психосоматических последствий психогенов и невротических состояний, сопровождающихся нарушениями сердечного ритма

Справедливо мнение, что почти все выжившие после аварий, катастроф и боевых действий впоследствии будут страдать от перенесенного психического стресса (Зубарев Ю.Г., 1990). Действительно, в ситуациях с реально существующей витальной угрозой может не пострадать тело, но психика травмируется всегда.

Личность в этих условиях становится открытой и уязвимой к воздействию целого комплекса психотравмирующих воздействий, порождающих механизмы основных невротических конфликтов (Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., 1995).

Своеобразное психогенное (информационное) "инфицирование" психики приводит в дальнейшем к хроническому "персистирующему" эмоциальному стрессу, изменяющему систему отношений личности. В результате чего, незаменимая способность человека выделять себя из окружающего мира и объективно воспринимать самого себя, обеспечивающая необходимую автономию поведения, оборачивается своей противоположностью, когда выделение себя из мира переходит в отделение от мира, в отчуждение от него. Из всего обилия связей человека с внешним миром остаются только однозначные, линейные, уплощенные. Отношения человека с другими людьми, с природой приобретают исключительно формальный харак-

тер. При этом отсутствует эмпатия, нет чувственного и целостного понимания другого человека. Мир может показаться холодным и чуждым, а человек противостоящим ему, вместо того, чтобы ощущать себя его неотъемлемой частью (Ротенберг В.С., Аршавский В.В., 1984).

По нашему мнению, одним из возможных механизмов репродукции психогении после фактического завершения психотравмирующих воздействий являются различные нарушения сна (включая кошмарные сновидения). В них происходит репродукция впечатлений пережитых стрессовых событий, которые переадресуются в бодрствующее состояние после каждого периода сна, создавая условия для хронизации и персистирования эмоционального стресса (Архангельский А.Е., 1995).

Согласно теории нервных следов, сон является особой формой активности головного мозга, задачей которой является перевод энграмм кратковременной памяти в долговременную, их кодирование на белковой матрице, упорядочение (селекция) и установление связей с энграммами долгосрочной памяти (Бехтерева Н.П., 1971; Бехтерева с соавт., 1988). Сновидения зависят от жизнедеятельности человека и в них происходит оживление только тех впечатлений (нервных следов), которые возникли у человека в бодрствующем состоянии (Павлов И.П., 1951). Мозг способен подобно магнитофону записывать все осознанные и неосознанные ощущения, начиная с момента рождения (может быть еще раньше), которые могут быть воспроизведены с высокой точностью в бодрствующем состоянии или ночном сне (Харрис Т., 1993). Главное назначение сновидений – защитное (сторожевое), направленное на сохранение внутреннего благополучия человека.

В этой связи обилие сновидений, поверхностный и чуткий сон являются признаками нарушенного сна и повышенной возбудимости нервной системы, вызываемые неблагоприятными условиями жизни, сна или заболеваниями (Касаткин В.Н., 1983). Наличие или изменение сновидений часто предшествуют явлому проявлению психосоматической патологии (Werner H., Finkelstein A., 1971).

Можно предположить, что на фоне ИСС и соответственно повышенной внушаемости лиц, находящихся в стрессовых условиях, происходит фиксация комплекса ощущений страха, тревоги, психоэмоционального напряжения, которые в постстрессовом периоде постоянно репродуцируются в сновидениях, сопровождаясь ночными вегетативными расстройствами, усталостью и разбитостью по утрам.

Исходя из вышеизложенных представлений, одним из основных приемов в разработанной нами методике гипнотерапии постстрессовых расстройств является гипносуггестивная блокировка сновидений, связанных с пережитыми стрессовыми событиями.

Для успешного применения методики гипнотерапии в лечении постстрессовых расстройств суггестирование лечебных программ проводится в образном строе.

Мы считаем, что необходимость в образном построении суггестивных формул в гипнотических сеансах объясняется особенностями онтогенетического развития сознания человека: на ранней стадии онтогенеза сознание находится на сенсорно-перцептивном уровне, то есть находится во власти образов единичных предметов и явлений, которые не могут быть воспроизведены новорожденным за пределами объектов; в дальнейшем сознание переходит на мыслительно-логический уровень, не отрываясь от сен-

сороно-перцептивного (Меграбян А. А., 1978). У взрослого человека воспринятые образы могут быть воспроизведены за пределами объектов, могут переходить от настоящего в прошедшее и хранить образы прошедшего для использования их сознанием в настоящем и будущем. Образы освобождаются от оптической, слуховой, тактильной и другой чувственно-предметной зависимости, а мыслительная деятельность протекает уже без прямого соприкосновения с объектами материального мира (Леонтьев А. Н., 1981).

Следовательно, эволюционно "язык сознания" представляет собой язык образов и соответственно построение суггестий должно проводиться в образном строе.

В результате длительного постстрессового изменения психического состояния возникает дисфункция в надсегментарных вегетативных образованиях, а именно, в структурах лимбико-ретикулярного комплекса и неокортекса, объединенных под названием неспецифических образований головного мозга (Вейн А. М. с соавт., 1991). Результатом дисфункции надсегментарных вегетативных структур является развитие "синдрома дезинтеграции" головного мозга, который представляет собой отрыв вегетативных сдвигов от нормальных психических и поведенческих актов - симпатоадреналовые кризы во сне, в покое, парасимпатические сдвиги при физическом напряжении и многие другие феномены (Вейн А. М. с соавт., 1991).

"Синдром дезинтеграции" проявляется различными вариантами психовегетативных расстройств, а психогенные (эмоциональные) факторы являются основным поставщиком ярких психовегетативных нарушений. В психовегетативных расстройствах доминируют психические нарушения (тревожные, депрессивные, ипохондрические,

астенические, истерические феномены) с вегетативным сопровождением, проявляющимся во многих полисистемных сдвигах в организме, не затрагивая "жестких" констант гомеостаза.

В этой связи становится понятной полиморфность симптоматики психосоматических расстройств и свойственный им "блуждающий", мигрирующий характер (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Арзуманян А.М., Голубев В.Л., 1988). Мигрирующее течение психогенных расстройств в виде функциональных заболеваний внутренних органов, псевдоневрологических проявлений, сменившихся тяжелыми, предположительно псевдоаллергическими расстройствами (отеки Квинке), наблюдались у больного в течение многих лет после массивной психотравмы (боевые действия).

В литературе описан случай острого развития крапивницы и отека Квинке под влиянием душевных волнений у больного, перенесшего в боях контузию (Триумфов А.В., 1949).

Механизм развития псевдоаллергической крапивницы и псевдоаллергического отека Квинке под влиянием стрессовых факторов представляется в следующем виде. В результате длительного воздействия эмоционального стресса происходит активация фактора Хагемана (XII фактор свертывающей системы крови), который запускает плазминовую систему с образованием плазмина, который в свою очередь запускает начальное звено активации комплемента, начиная с С1. В дальнейшем образуются пептиды с анафилактической активностью: С4а, С2в, С3а, С5а, которые вызывают освобождение медиаторов из тучных клеток, базофилов, тромбоцитов, нейтрофилов, приводят к агрегации лейкоцитов, спазму гладких мышц и к другим эффектам (Пыцкий В.И., 1991).

В другом клиническом наблюдении отдаленные психосомати-

ческие последствия массивной психотравмы у одного из оставшихся в живых членов экипажа ПЛА "Комсомолец" характеризовались достаточно быстрой трансформацией нейроциркуляторной дистонии в гипертоническую болезнь I стадии на фоне затяжного невротического состояния и длительной симпатикотонии, выявленной клинически и анамнестически (Берсенев В.А. с соавт., 1990).

Известная эффективность гипнотерапии в лечении вегетозов сердечно-сосудистой системы, ранней стадии гипертонической болезни и аллергозов (Ефимов А.С., 1955; Буль П.И., 1968; Дембо А.М., 1969; Айвазян Т.А., 1989) нашла свое подтверждение в приведенных клинических наблюдениях.

Наряду с высокой эффективностью психотерапии в лечении ряда психосоматических заболеваний, нами получено уникальное клиническое наблюдение, связанное с успешным применением психотерапии непосредственно в лечении затяжной инсулиновой комы (приложение 1).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют также о том, что массивное психотравмирующее воздействие приводит к появлению не только невротической симптоматики, но и к развитию среднетяжелых и тяжелых нарушений сердечного ритма, резистентных к медикаментозной терапии.

Развитие невротического состояния и нарастание явлений психической астенизации оказывает непосредственное влияние на вегетативное обеспечение сердечного ритма в связи с перестройкой систем эндокринной и вегетативной регуляции организма (Губачев Ю.М. с соавт., 1993).

Наличие органической основы для развития заболевания не всегда оказывается достаточным для манифестации симптоматики.

Клинические наблюдения наглядно показывают значение психогенного пускового механизма в проявлении "дремлющей" патологии, а в этой связи и важность данных анамнеза заболевания несмотря на тяжесть регистрируемых аритмий.

Анализ компьютерной базы данных клиники сердечно-сосудистой хирургии им. П. А. Куприянова показал, что 243 (75%) пациента указали в качестве первопричины аритмии острую стрессовую ситуацию или хроническое психоэмоциональное напряжение. Из них 146 больных (60%) связали нарушения ритма сердца с острым стрессовым событием, остальные с хроническим стрессом. Еще более интересными оказались данные о причинах трансформации пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий в жизнеопасные нарушения ритма сердца (нарушения ритма с расстройствами гемодинамики, коронарного кровотока), представлявшие непосредственную угрозу для жизни пациентов. Из 123 больных 98 (80%) пациентов в качестве причины возникновения тяжелого течения аритмии выделили психоэмоциональный стресс.

Складывается впечатление, что психогенные воздействия могут играть роль провоцирующего фактора, своеобразного триггера, в возникновении пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий у пациентов с анатомическим субстратом аритмии.

Анализ данных ЭФИ в динамике позволяет предположить, что психоэмоциональный стресс создает электрофизиологический субстрат аритмии: изменение соотношения между рефрактерностью и проводимостью аномальных проводящих путей и атриовентрикулярного соединения, возникновение очагов эктопической желудочковой активности, электрической нестабильности предсердий, расширение зоны тахикардии.

Исследования показали, что причудливые "узоры" клиники аритмии могут быть вытканы психогенным фактором, для которого характерно и нарушение восприятия своего состояния, и расстройство компенсирующих органический дефект механизмов. Следовательно, при выявлении аритмии врач должен представлять высокую вероятность значимого участия психогенного фактора в ее развитии как при отсутствии морфологической основы для развития аритмии, так и при диагностике каких-либо конкретных заболеваний сердца.

Появление в клинике невротических состояний нарушений сердечного ритма является новым качеством функционирования личности и организма с формированием доминанты болезненного состояния, характеризующейся внутренней устойчивостью, а поэтому требующей суммарного воздействия на психическую сферу и исполнительный орган.

В этой связи целесообразно сочетание антиаритмической терапии и психотерапевтического воздействия для предотвращения ранней и небезопасной фармакологической агрессии, направленной преимущественно на эффекторные соматические проявления аритмий.

Применение гипнотерапии в лечении нарушений ритма сердца с морфологической основой заболевания и без нее, пусковым фактором которых явилась массивная психогения, выявило высокую эффективность избирательных, последовательных внушений в гипнотическом сне на течение аритмий.

Так, трое больных из II группы, направленных на хирургическое лечение аритмий, были отстранены от оперативного вмешательства, ввиду исчезновения зоны тахикардии и отсутствия воз-

можности индуцирования пароксизмов тахикардии при контрольных ЭФИ после гипносуггестивной терапии. Полученный психотерапевтический эффект в известной мере напоминает эффект хирургического вмешательства – высокочастотной катетерной деструкции аритмического очага или путей патологического проведения импульсов.

Таким образом, полученные объективные данные позволяют предположить патогенетическое влияние гипнотических внушений на некоторые электрофизиологические механизмы постстрессовых аритмий, в частности, на отдельные участки цепи re-entry у больных с пароксизмальными реципрокными наджелудочковыми тахикардиями. Лабильность таких показателей как эффективный и функциональный рефрактерный периоды атриовентрикулярного соединения, их зависимость от симпатических, парасимпатических влияний и гипнотических воздействий дают основание для данного предположения. В этой связи электрофизиологические механизмы гипносуггестии при лечении аритмий, вызванных психотравмирующими воздействиями требуют своего дальнейшего изучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ проведенных исследований подтверждает данные литературы о достаточно высокой эффективности гипносуггестии, о больших возможностях и перспективах применения внушений в гипнотических состояниях, особенно в замене лекарств, предотвращающих психоэмоциональный стресс.

Гипнокоррекция преневротических и невротических состояний у подводников в условиях автономного плавания выявила анксиолитическое, оптимизирующее действие гипносуггестии на состояние психической деятельности моряков.

На 32–37 сутки автономного плавания выявлено устойчивое повышение внушаемости подводников, способствующее успешному применению гипносуггестии в коррекции функциональных психических расстройств, в оптимизации психической деятельности, в лечении развивающейся психосоматической патологии, а в конечном итоге, в сохранении работоспособности подводников в период автономного похода.

Поскольку в литературе отсутствуют данные по применению гипносуггестии в автономном плавании, то полученные результаты исследований составляют лишь незначительную часть предстоящих исследований по раскрытию возможностей гипнопрофилактики и гипнокоррекции преневротических, невротических и психосоматических расстройств у подводников в автономном плавании, а также у лиц, находящихся в подобных условиях обитания.

Рассмотренные клинические наблюдения показали, что лечение удаленных психосоматических последствий психогений представляет большие трудности, потому что до обращения к психиатру

(психотерапевту) больные длительно и безрезультатно лечатся у врачей других специальностей.

Индивидуальный интерес представлял каждый клинический случай тяжелых нарушений сердечного ритма, развившихся после эмоциональных потрясений. Данные нарушения ритма сердца поражают своим драматизмом. В литературе описаны клинические примеры летальных вариантов сердечных аритмий вслед за определенным психотравмирующим событием (Губачев Ю.М. с соавт., 1993; Смирнов В.М. с соавт., 1989), но наиболее ярко влияние психогенных факторов отражено в случаях смерти от внушения – "voodoo death" (Бехтерев В.М., 1903; Харди И., 1988).

Можно предположить, что сочетание органического дефекта сердца или его проводящей системы с массивной психогенной травматизацией (морские и другие катастрофы, аварии, боевые действия, стихийные бедствия, насилие) значительно повышает риск развития "психогенной" смерти, в основе которой всегда лежит фатальная аритмия. Возможны также другие варианты сочетания органической патологии и участия психогенеза в патогенезе соматических и психосоматических расстройств. Данное предположение позволяет понять насколько велико значение здоровой психики для полноценности формирования компенсаторных процессов.

В связи с приведенным суждением и очевидной актуальностью данной проблемы оправдан поиск эффективных методов психотерапии невротических состояний, проявляющихся не только нарушениями психической деятельности, но и расстройствами в деятельности органов и систем организма.

Применение разработанной оригинальной методики гипносуггестивной терапии выявило ее высокую эффективность в лечении

отдаленных психосоматических последствий психогений, в частности, сердечных аритмий, что в известной мере может быть использовано в клинической практике.

Электронный архив ЦНМБ

ВЫВОДЫ

1. Внушаемость подводников в длительном автономном плавании по данным выполненных исследований имеет следующую динамику: значимый рост числа высоковнушаемых моряков (с 57,7% до 98,7%) с достижением максимума к 32–37 суткам похода. Установившийся уровень гипервнушаемости моряков остается стабильным до окончания плавания.
2. Гипнокоррекция преневротических и невротических состояний у подводников в автономном плавании способствует оптимизации психической деятельности (оцениваемой по статистически достоверной динамике показателей бланковых методик САН, ТР, ША).
3. Гипносуггестивное воздействие на подводников в условиях автономного плавания приводит к улучшению общего функционального состояния организма, которое достигается, в частности, изменением функционального состояния сердечно-сосудистой системы (статистически достоверное изменение показателей УО, МО, СИ), сохранению работоспособности моряков (по данным метода экспертных оценок).
4. Разработана оригинальная методика гипносуггестивной терапии отдаленных психосоматических последствий психогений, основанная на образном строе и строго последовательных сuggестиях, направленных на дезактуализацию психотравмирующих обстоятельств.
5. Предложенная методика гипнотерапии позволила эффективно купировать последствия психогений в форме невротических состояний с длительно протекающими психосоматическими расс

тромствами.

6. Применение разработанной методики гипносуггестивной терапии в группе больных с нарушениями сердечного ритма, возникшие после массивных психотравмирующих воздействий, приводит к значительному клиническому улучшению, устойчивой ремиссии и повышению "качества жизни" аритмических больных. Эффективность предложенной методики гипнотерапии аритмий составляет в среднем $71,9 \pm 3,87\%$.

7. У больных с невротическими состояниями, сопровождающимися пароксизмальными суправентрикулярными тахикардиями (ПСВТ), в результате гипносуггестивной терапии выявлено исчезновение электрофизиологических условий для возникновения ПСВТ, а именно: увеличение ЭРП АВ-узла с 245 ± 18 мс до 320 ± 16 мс, уменьшение разницы в величине ЭРП АВ-узла и предсердий с 30 ± 10 мс до 20 ± 5 мс, исчезновение зоны тахикардии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В период длительных автономных походов следует использовать высокую внушаемость подводников после 30-х суток пребывания в условиях изоляции для применения суггестивных методов психотерапии в коррекции психического состояния моряков.
2. Врачам подводных лодок следует владеть основными практическими навыками суггестивного воздействия для использования их в профилактике развития преневротических и невротических состояний у подводников в период автономного плавания.
3. В лечении отдаленных психосоматических последствий психогений приоритет должен быть отдан методам психотерапии.
4. При дифференциальной диагностике генеза нарушений ритма сердца следует обращать внимание на возможный их психогенный характер.
5. Наличие в анамнезе указаний на возможное возникновение аритмий в результате психотравмирующих воздействий требует обязательного применения методов психотерапии в комплексном лечении таких аритмий.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авакян О.М. Фармакологическая регуляция функции адренорецепторов. - М., 1988. - 256 с.
2. Айвазян Т.А. Эффективность и механизмы гипотензивного действия психорелаксационной терапии гипертонической болезни: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1989. - 36 с.
3. Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и в клинике. - М.: Наука, 1982. - 272 с.
4. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. - М.: Медицина, 1991. - 96 с.
5. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1993. - 400 с.
6. Алексеев Г.И., Гусаров Д.В., Иванов И.А., Мороз М.П. Ранняя диагностика преморбидного состояния при формировании профессиональной патологии // Воен.- мед. журн. - 1995. - N 4. - С. 66-69.
7. Анохин П.К. Избранные труды. - М.: Наука, 1978. - 400 с.
8. Арзуманян А.М., Голубев В.Л. Истерические гиперкинезы // Журн. невропатол. и психиатр. - 1988. - N 6. - С. 80-84.
9. Архангельский А.Е. Общая психопатология: Учебное пособие. - СПб.: Образование, 1994. - 154 с.
10. Архангельский А.Е. Суггестивная теория патогенеза неврозов // Календарь психотерапевта. - 1995. - октябрь. - С. 8-9.
11. Асрятян Э.А., Симонов П.В. Надежность мозга. - М.: Издательство Академии наук СССР, 1963. - 134 с.

12. Бахтияров В.А. Волдырь от мнимого ожога, полученный гипнотическим внушением. - Свердловск, 1929. - 4 с.
13. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. - 1993. - Т. 33, № 2. - С. 85-88.
14. Бергстрём Б. Сложная психомоторная деятельность во время стрессовых состояний различной интенсивности, вызванных у пилотов в эксперименте // Эмоциональный стресс. - Л., 1970. - С. 277-289.
15. Бердышев В.В., Григоренко Г.Ф. Особенности труда моряков и вопросы адаптации при плавании в низких широтах. - Владивосток, 1982. - 149 с.
16. Березин Ф.Б., Богословский В.А., Михайлов А.Н. Психо-физиологические соотношения при пароксизмальных формах нарушений сердечного ритма // Кардиология. - 1978. - Т. 18, № 9. - С. 100-104.
17. Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. - Л., 1971. - 178 с.
18. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. - Спб., 1903. - 144с.
19. Бехтерев В.М. Об объективных признаках внушений, испытываемых в гипнозе // Вестник психологии, криминальной артропологии и гипнотизма. - 1905. - №4. - С. 22-25.
20. Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное значение. - СПб., 1911. - 60 с.
21. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. - М.: Изд-во "Независимая Психиатрическая Ассоциация," 1993. - 542 с.
22. Бокерия Л.А. Тахиаритмии: Диагностика и хирургическое

лечение. - Л.: Медицина, 1989. - 296 с.

23. Боченков А.А., Лупанов А.И., Маклаков А.Г., Мухин А.П., Чермянин С.В. Психологические качества подводников, влияющие на успешность профессиональной деятельности во время аварий и катастроф // Морск. мед. журн. - 1994. - N 4. - С. 2-9.

24. Боченков А.А., Маклаков А.Г., Мухин А.П., Чермянин С.В. Динамика социально - психологического и психофизиологического состояния моряков экипажа АПЛ "Комсомолец" в постстрессовый период // Психол. журн. - 1995. - Т. 16, N 1. - С. 52-63.

25. Браверман Л.Б. Затяжные инсулиновые комы как осложнение инсулиношоковой терапии психозов: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. - Л., 1968. - 19 с.

26. Буль П.И. Опыт применения гипнотерапии у больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1955. - 19 с.

27. Буль П.И. Техника врачебного гипноза. - Л.: Медгиз, 1955. - 68 с.

28. Буль П.И. Гипноз в клинике внутренних болезней. - Л.: Медицина, 1968. - 238 с.

29. Буль П.И. Техника гипноза и внушения: Теория и практика гипнотерапии. - СПб.: ЛИО "Редактор", 1992. - 141 с.

30. Быков К.М. Кора головного мозга и внутренние органы. - М.: Медгиз, 1954. - 416 с.

31. Вальдман А.В., Козловская М.М., Медведев О.С. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. - М., 1979. - 360 с.

32. Васильева Г.К. Некоторые данные о влиянии гипнотичес-

кого сна на организм больных тиреотоксикозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Куйбышев, 1953. - 16 с.

33. Варшавский К.М. Гипносуггестивная терапия. (Лечение внушением в гипнозе). - Л.: Медицина, 1973. - 192 с.

34. Вейн А.М., Каменецкая Б.И., Хаспекова Н.Б. Ритм сердца при кардиоваскулярных нарушениях невротического характера // Кардиология. - 1987. - Т. 27, № 9. - С. 85-89.

35. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. - М.: Медицина, 1964. - 290 с.

36. Гелльгорн Э., Луффорроу Г.Н. Эмоции и эмоциональные расстройства. - М., 1966. - 189 с.

37. Гольдман-Ракич П.С. Оперативная память и разум // В мире науки. - 1992, № 11-12. - С. 63-70.

38. Грановская Р.М., Березная И.Я. Интуиция и искусственный интеллект. - Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1991. - 272 с.

39. Гrimak L.P. Моделирование состояний человека в гипнозе. - М.: Наука, 1978. - 272 с.

40. Гросу А.А., Шевченко Н.М. Клиническое течение пароксизмальных реципрокных атриовентрикулярных тахикардий при длительном проспективном наблюдении // Тер. арх. - 1992. - № 12. - С. 80-83.

41. Гроф С. Путешествие в поисках себя: Пер. с англ. - М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1994. - 342 с.

42. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психо-соматических соотношений. - Л.: Медицина, 1981. - 216 с.

43. Губачев Ю.М., Дорничев В.М., Ковалев О.А. Психогенные расстройства кровообращения. - Спб.: Политехника, 1993. - 248 с.

44. Дембо А.М. Динамика артериального давления у больных гипертонической болезнью под влиянием гипносуггестивной терапии и биотропа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Винница, 1969. - 24 с.
45. Джонсон Д.А. Советы авиапассажирам. Соблюдение правил безопасности полета и спасение в аварийных ситуациях. - М.: Транспорт, 1989. - с.
46. Докторский Я.Р. Психотерапия больных язвенной болезнью и хроническими холециститами. - Ставрополь: Кн. Изд-во, 1974. - 62 с.
47. Дьяконов И.Ф. Динамика психического состояния моряков в ходе выполнения боевой задачи / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 113-115.
48. Емельяненко В.М. Оценка качества жизни больных с нарушениями ритма // Тез. докл. 1-го международного славянского конгресса по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца и 3-й Всероссийской конференции по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца 3-6 февраля 1993 года. Санкт-Петербург, 1993. - С. 75.
49. Ефимов А.С. Гипнотерапия при сердечно-сосудистых неврозах и ранних стадиях гипертонической и коронарной болезней: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Горький, 1955. - 12 с.
50. Жаринов О.И., Ковтун В.В., Акашева Д.У., Хеймец Г.И., Черноусова Т.В., Колтунова М.И., Сметнев А.С. Состояние вегетативной регуляции сердечной деятельности и вариабельность ритма сердца у больных с частой желудочковой экстрасистолией // Кардиология. - 1993. - Т. - 33, № 8. - С. - 41-43.
51. Желтаков М.М., Скрипкин Ю.К., Сомов Б.А. Электросон и

гипноз в дерматологии. - М.: Медгиз, 1963. - 308 с.

52. Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. А. М. Вейна. - М.: Медицина, 1991. - 624 с.

53. Заводская И. С., Морева Е. В., Сапронов Н. С. Нейрогенные механизмы в формировании патологии при экстремальных воздействиях на организм // Регуляция висцеральных функций: Законоомерности и механизмы. - Л.: Наука, 1987. - С. 78-90.

54. Загрядский В. П., Сулимо-Самуйлло З. К. Методы исследования в физиологии труда. - Л., 1991. - 111 с.

55. Зубарев Ю. Г. Нервно-психические расстройства в экстремальной обстановке // Воен.- мед. журн. - 1990. - № 11. - С. 14-16.

56. Зуихин Д. П. Комплексный метод сохранения здоровья подводников в длительном плавании. - М.: Воениздат, 1985. - 64 с.

57. Зухарь В. П. Нейрофизиологические механизмы словесного воздействия: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - М., 1968. - 30 с.

58. Зяблов Ю. И. Применение аутогенной тренировки для лечения экстрасистолии в амбулаторных условиях // Кардиология. - 1995. - Т. 35, № 8. - С. 37-39.

59. Ильина Л. И., Будров А. А., Кузьмина А. Е. Состояние центральной нервной системы у больных с нарушениями ритма сердца // Тер. арх. - 1978. - № 4. - С. 71-76.

60. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы (Справочник) / Под. ред. Т. С. Виноградовой. - М.: Медицина, 1986. - 416 с.

61. Исаков И. И., Кушаковский М. С., Журавлева Н. Б. Клиническая электрокардиография. - М., 1984. - 272 с.

62. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. – Новосибирск: Наука, 1980. – 192 с.
63. Каплан Е.Я., Зухарь В.П., Максимов Ю.А., Пушкина И.П. Опыт проведения коллективной гипнотерапии // Вопросы психологии. – 1965, №1. – С. 49–52.
64. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М., 1980. – 448 с.
65. Картамышев А.И. Гипноз и внушение в терапии кожных болезней. – М.: Медгиз, 1953. – 136 с.
66. Касаткин В.Н. Теория сновидений. – Л.: Медицина, 1983. – 247 с.
67. Киркутис А.А., Римша Э.Д., Навяраускас Ю.В. Методика применения чреспищеводной электростимуляции сердца. – Каунас, 1990. – 82 с.
68. Кисляк О.А., Савицкая О.В., Сторожаков Г.И., Селиванов А.И. Аритмический синдром при вегетативной дистонии у лиц молодого возраста // Кардиология. – 1993. – Т. 33. – № 4. – С. 40–42.
69. Клиническая нейрофизиология / Под ред. В.Н. Черниговского. – Л.: Наука, 1972. – 720 с.
70. Козача В.В. Психофизиологическое измерение суггестивных явлений: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1986. – 26 с.
71. Колесов В.П. Психотерапия астеноипохондрических расстройств у больных с соматической патологией в клинике пограничных состояний // Тер. арх. – 1990. – Т. 62, № 10. – С. 95–97.
72. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. – Минск.: Навука і тэхніка, 1993. – 478 с.
73. Кортикалльная регуляция висцеральных функций / Беллер

Н.Н., Болонский В. К., Захаржевский В.Б., и др.- Л.: Наука, 1980. - 272 с.

74. Костандов Э.А. Восприятие и эмоции. - М.: Медицина, 1977. - 248 с.

75. Красноперов О.В., Вохмэнцев Ю.Я., Панченко А.Л. Медико - психологические и социальные аспекты использования гипнотического транса // Календарь психотерапевта. - 1995. - октябрь. - С. 20-28.

76. Краснянский А.Н., Морозов П.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов афганской войны // Рус. мед. журн. - 1995. - N 1. - С. 32.

77. Крик Ф., Кох К. Проблема сознания // В мире науки. - 1992, N 11-12. - С. 113-120.

78. Крыжановский С.Н. Роль пептидов в патологии нервной системы // Вопр. мед. химии. - 1984. - Т. 30, N 3. - С. 68-73.

79. Кувакин В.И. Математико-статистические методы в клинической практике. - СПб., 1990. - 82 с .

80. Кулешов В.И., Леонтьев О.В., Щеголев В.С. Пути и способы коррекции функционального состояния и сохранения работоспособности моряков // Морск. мед. журн. - Североморск, 1994. - N. 5-6. - С. 18-21.

81. Куликов В.Н. Психология внушения. - Иваново, 1978. - 78 с.

82. Курпатов В.И. Выделение преневротического (даболезненного) этапа в развитии невротических состояний у плавсостава // Материалы пленума проблемной комиссии, посвященной проблеме реабилитации и реакриации плавсостава. - Владивосток, 1991. - С. 58-60.

83. Курпатов В.И. Профилактика, лечение и реабилитация психогенно обусловленных расстройств у плавсостава военно-морского флота: Дис. ... докт. мед. наук. - Л., 1994. - 540 с.
84. Курпатов В.И., Иутин В.Г. Клинический полиморфизм аффективных психозов военного времени / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 59-62.
85. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. - СПб.: Гиппократ, 1992. - 544 с.
86. Кэндел Э.Р., Хокинс Р.Д. Биологические основы обучения и индивидуальности // В мире науки. - 1992, № 11-12. - С. 43-51.
87. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротическое развитие личности и психопатии: Клиника и лечение. - М.: Медицина, 1994. - 192 с.
88. Лаун Б. Желудочковые экстрасистолы в выявлении и тактике ведения больных с риском внезапной смерти // Материалы I-го советско-американского симпозиума. - М.: Медицина, 1980. - С. 77-94.
89. Лебедев В.И. Личность в экстремальных условиях существования. - М.: Политиздат, 1989. - 304 с.
90. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. - М.: Изд-во МГУ, 1981. - 584 с.
91. Линецкий М.Л. Клинические вопросы внушаемости // Врачебное дело. - 1982. - № 1. - С. 95-98.
92. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Довгополюк А.Б. Клинико-психопатологический анализ девиантного поведения военнослужащих с психогенными расстройствами в условиях афганской войны / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. -

СПб., 1995.- С. 55-59.

93. Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В. Актуальные вопросы патогенеза боевой психической травмы / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии.- СПб., 1995.- С. 30-38.

94. Личко А.Е. Инсулиновые комы.- М.; Л., 1962.- 260 с.

95. Личко А.Е., Браверман Л.Б. Лечение затяжных ком, возникающих при инсулиношоковой терапии психозов (методическое письмо).- Л., 1967.- 20 с.

96. Лямина Н.П., Меерсон Ф.З. Состояние адренергической системы и содержание β -эндорфина в плазме крови у больных нейроциркуляторной дистонией с нарушением ритма сердца // Кардиология.- 1995.- Т. 35, № 12.- С. 47-50.

97. Майоров Ф.П., Суслова М.М. Гипнотические опыты с внутренними возрастами // Рефераты научно-исследовательских работ за 1946 г.- М., 1947.- Вып.1.- С. 83-87.

98. Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Диагностические критерии функциональных заболеваний сердца // Клин. мед.- 1980.- Т. 58.- № 9.- С. 36-40.

99. Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике.- М.: Медицина, 1985.- 191с.

100. Меграбян А.А. Личность и сознание.- М.: Медицина, 1978.- 176 с.

101. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика.- М.: Наука, 1981.- 284 с.

102. Меерсон Ф.З. Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца.- М.: Медицина, 1984.- 272 с.

103. Меерсон Ф. З. Первичное стрессорное повреждение миокарда и аритмическая болезнь сердца. Часть I. // Кардиология.-

1993. - N 4. - С. 50-59.

104. Меерсон Ф.З. Первичное стрессорное повреждение миокарда и аритмическая болезнь сердца. Часть II. // Кардиология. - 1993. - N 5. - С. 58-64.

105. Механизмы деятельности мозга человека. Часть I. Нейрофизиология человека (Основы современной физиологии) / Под ред. Н.П. Бехтеревой. - Л.: Наука, 1988. - 677 с.

106. Миневич В.Б., Дремов С.В. Шаманистическая культура и измененные состояния сознания // Экология человека. - 1994. - N 1. - С. 170-174.

107. Михайлова Н.А., Колычкова Т.А. Влияние стрессовых ситуаций и изменений настроения на особенности речевого поведения // Диагностика психических состояний в норме и патологии. - Л.: Медицина, 1980. - С. 63-69.

108. Мозговые механизмы психофизиологических состояний / Смирнов В.М., Резникова Т.Н., Губачев Ю.М. и др. - Л.: Наука, 1989. - 149 с.

109. Молохов А.Н. Итоги инсулиновой терапии за 1937-1940 г.г. // Невропатол. и психиатр. - 1941. - Т. 10, N 1. - С. 44-47.

110. Морская медицина. Руководство для судовых врачей / Под ред. В.Л. Ларина. - Л.: Медицина, 1989. - 608 с.

111. Мусящикова С.С., Черниговский В.Н. Кортикальное и субкортикальное представительство висцеральных систем. - Л.: Наука, 1973. - 186 с.

112. Мышляев С.Ю. Гипноз. Личное влияние? - СПб., 1994. - 334 с.

113. Мясищев В.Н. Экспериментальные данные к вопросу об объективных признаках нарушения чувствительности при истерии и

в гипнозе // Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. - М. ; Л. , 1929. - С. 78-83.

114. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. - 426 с.

115. Невский М.П. Динамика биоэлектрической деятельности мозга при инсулинотерапии шизофрении и ее клиническое значение. - Куйбышев, 1957. - 304 с.

116. Некрасов В.С. Психотерапия ипохондрических невротических нарушений с соматовегетативными расстройствами // Тер. арх. - 1990. - Т. 62, № 10. - С. 92-95.

117. Нечипоренко В.В., Рустанович А.В., Чудиновских А.Г. Клиника нарушений астенического круга у пострадавших на ЧАЭС / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 151-152.

118. Никитин А.В., Земсков А.М., Земсков В.М., Гусманов В.А. Клинико-иммунологические аспекты идиопатических желудочных аритмий // Кардиология. - 1992. - Т. 32, № 3. - С. 52-55.

119. Никифоров А.М., Шишмарев Ю.Н., Каташкова Г.Д., Федорцева Р.Ф. О факторах формирования соматической патологии у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 147-148.

120. Новицкий А.А. Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и проблемы сохранения здоровья личного состава в процессе военно-профессиональной деятельности // Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и особенности изменения внутренних органов у раненых и больных в экстремальных условиях Афганистана. - СПб.: ВМед. А, 1993. - С. 8-17.

121. Овчинников Б.В. Эмоциональный стресс / Актуальные проблемы физиологии военного труда. - СПб., 1992. - С. 111-126.
122. Овчинников Б.В. Боевой стресс и его фармакологическая корекция / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 136-139.
123. Овчинникова О.Ю., Насиновская Е.Е., Иткин Н.Г. Гипноз в экспериментальном исследовании личности. - М.: Изд-во МГУ, 1989. - 232 с .
124. Ониани Т.Н. Интегративная функция лимбической системы. - Тбилиси, 1980. - 299 с.
125. Орбели Л.А. Адаптационно-трофическая функция нервной системы. - М.; Л., 1962. - 608 с.
126. Остроглазов В.Г., Павлов А.А. Кардионеврозы (клиника, диагностика и лечение) // Тер. арх. - 1990. - Т. 62, № 10. - С. 135-138.
127. Павлов И.П. Избранные произведения / Под ред. Х.С. Коштоянца. - Л.: Гос. изд. полит. лит-ры, 1949. - 568 с.
128. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности. - М.; Л.: Акад. наук СССР, 1951. - 507 с.
129. Палеев Н.Р., Ковалева Л.И. О происхождении экстракардиолигии и ее месте среди нарушений ритма сердца // Кардиология. - 1989. - Т. 29, № 7. - С. 6-10.
130. Парин В.В., Федоров Б.М. Нервная система и аритмия сердца // Недостаточность сердца и аритмии. - Л.: Медицина, 1966. - С. 182-187.
131. Петров Ю.А., Завалова Н.Д., Зухарь В.П. К проблеме гипнотерапии // Вопросы психологии. - 1964, № 2. - С. 62-65.

132. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. - М.: Медгиз, 1962. - 532 с.
133. Платонов К.К. Личностный подход в понимании психосоматических взаимодействий // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. - Москва, 1972. - С. 47-55.
134. Подъяпольский П.П. Волдырь от мнимого ожога, причиненного словесным внушением в состоянии искусственного сна. - Саратов, 1905. - 15 с.
135. Подъяпольский П.П. О применении гипнотического внушения при эпилепсии. (Экспер. исследования). - Казань, 1913. - 42 с.
136. Пуэнеску-Подяну А. Трудные больные. Неопределенно выраженные, трудно объяснимые страдания. - Бухарест, 1976. - 328 с.
137. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. - М.: Медицина, 1991. - 368 с.
138. Пыцкий В.И. Псевдоаллергия // Тер. арх. - 1991. - Т. 63, № 3. - С. 133-137.
139. Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств у корабельных специалистов в плавании: Метод. рекомендации / Под ред. В.К. Смирнова. - М.: Воениздат, 1989. - 96 с.
140. Райков В.Л. Исследование сомнамбулической стадии гипноза с феноменом внущенной роли // Терапия психических заболеваний. - М., 1968. - С. 32-36.
141. Райков В.Л. Психические резервы личности в гипнозе // Материалы II международного коллоквиума по социальной психологии. - Тбилиси, 1970. - С. 71-74.

142. Райков В.Л. Гипнотическое состояние сознание как форма психического отражения // Психол. журнал. - 1982. - Т.3, N 4. - С. 52-55.
143. Райков В.Л. Роль гипноза в стимуляции творчества // Психол. журнал. - 1983. - Т. 4, N 1. - С. 47-51.
144. Римша Э.Д. Методика диагностической чреспищеводной электростимуляции сердца // Материалы II Всесоюзн. школы - семинара по электростимуляции сердца. - Каунас, 1983. - С. 104-112.
145. Римша Э.Д., Киркутис А.А. Методика чреспищеводной электрической стимуляции желудочков в клинике // Кардиология. - 1984. - Т. 24, N 12. - С. 22-26 .
146. Родионов А.А. Влияние эмоциональной напряженности на вариативность понимания текста (экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. физиолог. наук. - М.: ВКИ, 1985. - 20 с.
147. Розенштраух Л.В. Зайцев А.В. Роль блуждающих нервов в развитии суправентрикулярных аритмий // Кардиология. - 1994. - Т. 34, N 5. - С. 47-53.
148. Рончевский С.П. Нарушение сенсорных координаций, сенсорный автоматизм и зрительные галлюцинации // Труды Вмед. АРККА им. С.М. Кирова. - Ленинград, 1938. - Т. 17. - С. 179-188.
149. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. - М.: Наука, 1984. - 193 с.
150. Ротенберг В.С. Психонейроиммунология - новый аспект старой проблемы // Природа. - 1991. - N 2. - С. 29-34.
151. Рожнов В.Е. Лекции по психотерапии. - М.: ЦИУВ, 1971. - 120 с.
152. Рожнов В.Е. Психотерапия и ее место в соматической

клинике // Тер. арх. - 1990. - Т. 62, № 10. - С. 6-11.

153. Рудой И.С., Каташкова Г.Д., Струков Е.Л., Щербак С.Г., Змеева И.Л., Шелепина Е.П. Психосоматические заболевания и нервно-психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в отдаленном периоде / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 148-150.

154. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. - М.: Медицина, 1974. - 315 с.

155. Сапов И.А., Жеглов В.Л., Щеголев В.С. Сохранение здоровья и работоспособности моряков в межпоходовый период / Вопросы физиологии и патологии у корабельных специалистов. - Североморск, 1982. - С. 31-32.

156. Селье Г. Стресс без дистресса: Пер. с англ. - М.: Прогресс, 1979. - 124 с .

157. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987. - 184 с.

158. Сергиенко А.В., Нечипоренко В.В., Рудой И.С. Динамика психического здоровья участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 55-59.

159. Серейский М.Я., Зак Н.Н. Методическое письмо по вопросам инсулиновой терапии психических заболеваний. - М., 1956. - 16 с.

160. Симоненко В.Б. Вегетативные дисфункции - актуальная проблема современного общества и Вооруженных Сил: взгляды на этиологию и патогенез // Медикус. - 1995. - № 1. - С. 47-50.

161. Симонов П.В. Высшая нервная деятельность человека.

- Мотивационно-эмоциональные аспекты. - М., 1975. - 162 с.
162. Симонов П. В. Эмоциональный мозг. - М.: Наука, 1981. - 236 с.
163. Скрипкин Ю. К. Гипносуггестивная и условнорефлекторная терапия некоторых дерматозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1957. - 15 с.
164. Слободянник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. - Киев: Здоровья, 1982. - 376 с.
165. Смирнов Г. И. Оценка клинической значимости экстракардиостолической аритмии у здоровых молодых людей // Кардиология. - 1992. - Т. 32, № 2. - С. 59-61.
166. Снедков Е. В., Литвинцев С. В., Фастовцев Г. А. Стрессогенные психические расстройства у раненых / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 79-82.
167. Сосюкин А. Е., Жекалов А. Н. Психофизиологический статус участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 155.
168. Сохранение работоспособности плавающего состава военно - морского флота. Руководство / Под ред. В. В. Жеглова, И. А. Сапова, В. С. Щеголева. - М.: Воен. издат., 1990. - 192 с.
169. Сперанский А. Д. Избранные труды. - М.: Медгиз, 1955. - 583 с.
170. Спивак Д. Л. Лингвистика измененных состояний сознания. - Л: Наука, 1986. - 91с.
171. Спивак Д. Л. Язык при измененных состояниях сознания. - Л.: Наука, 1989. - 88 с.

172. Спивак Л.И. Измененное состояние сознания у здоровых людей // Физиология человека. - 1988. - Т. 14, № 1. - С. 138-142.
173. Справочник по клинической нейровегетологии / Под ред. В.А. Берсенева, Г.П. Губы, О.А. Пятака. - Киев: Здоров'я, 1990. - 240 с.
174. Срезневский В.В. Гипноз и внушение. - Л.: Науч. Кн-во, 1926. - 64 с.
175. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. - М., 1981. - 229 с.
176. Судаков К.В. Эмоциональный стресс как фактор эволюции // Вест. АМН СССР. - 1984. - № 6. - С. 40-47.
177. Судаков К.В. Стресс: постулаты, анализ с позиций общей теории функциональных систем // Патол. физиол. и эксперимент. терапия. - 1992. - № 4. - С. 86-89.
178. Султанова А. Внутренняя картина болезни и комплексное лекарственно-психотерапевтическое лечение больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1983. - 21 с.
179. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психол. журн. - 1992. - Т. 13, № 2. - С. 14-29.
180. Томов Л., Томов И. Нарушения ритма сердца: Пер. с болг. - София: Медицина и физкультура, 1979. - 421 с.
181. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. - 384 с.
182. Триумфов А.В. Эпилепсия // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 г.г. - М.: Медгиз, 1949. - Т. 26. - С. 282-290.

183. Узнадзе Д.Н. Основные положения теории установки // Экспериментальные основы психологии установки. - Тбилиси, 1961. - С. 52-55.
184. Узнадзе Д.Н. К теории постгипнотического внушения // Экспериментальные исследования по психологии установки. - Тбилиси, 1963. - Т. 2. - С. 21-26.
185. Узнадзе Д.Н. Психологические исследования. - М. , 1966. - 460 с.
186. Ухтомский А.А. Инстинкт и доминанта // Собр. соч. - Л. , 1950.- Т. 1.- С. 186-188.
187. Ухтомский А.А. Доминанта. - М.; Л.: Наука, 1956. - 273 с.
188. Филимоненко Ю.И. Внущение как механизм управления / Вопросы психологии и физиологии труда корабельных специалистов. - СПб., 1992. - С. 126-128.
189. Форель А. Гипноз или внушение и психотерапия. Их психологич., психофизиологич. и метод. значение со включением психоанализа: Пер. с нем. - Л.: Образование, 1928. - 304 с.
190. Фофанов П.Н. Учебное пособие по механокардиографии. - Л. , 1980.- 112 с.
191. Фурст Дж.Б. Невротик, его среда и внутренний мир. - М. , 1957. - 312 с.
192. Харди И. Врач. Сестра. Больной. Психология работы с больными. - Будапешт, 1988. - 388 с.
193. Харрис Т. Я хороший, ты хороший: Пер. с англ.- М.: Соль, 1993.- 176 с.
194. Чепурнов С.А., Чепурнова Н.Е. Нейропептиды и миндалена. - М. , 1985.- 128 с.

195. Чернай П.П. К вопросу о так называемых затянувшихся шоках // Невропат. и психиатр. - 1938. - Т. 7, № 12. - С. 31-33.
196. Чучалин А.Г. Лекарственные пневмопатии // Тер. арх. - 1991. - Т. 63, № 3. - С. 4-11.
197. Шанин Ю.Н., Шанин В.Ю., Захаров В.И., Цыган В.Н. Вопросы патофизиологии боевой травмы / Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб., 1995. - С. 24-30.
198. Шапошников Е.А., Иоселиани К.К., Чучунов В.С., Наринская А.Л. Астенический синдром и психическая резистентность // Авиакосмич. и экологич. медицина. - 1992. - № 3. - С. 59-65.
199. Шевченко Н.М., Гросу А.А. Нарушения ритма сердца. - М.: НПП "Контимед", 1992. - 144 с.
200. Шевченко Ю.Л., Шихвердиев Н.Н., Оточкин А.Н., Сон О.Г. Клинико-психологические аспекты кардиохирургии // Кардиология. - 1994. - Т. 34, № 3. - С. 39-41.
201. Шерток Л. Непознанное в психике человека. - М., 1982. - 113 с.
202. Юматов Е.А. Системный подход как эмоциональная основа исследования эмоциональных стрессов // Вестн. АМН СССР. - 1982. - № 2. - С. 63-69.
203. Янчук В.А. Дифференцированная внушаемость личности и ее возрастная динамика: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - Минск, 1986. - 22 с.
204. Averill J.R., Opton E.M., Lazarus R.S. Cross-cultural studies of psychophysiological responses during stress and emotion // Int. J. Psychol. - 1969. - Vol. 4, № 1. - P. 83-88.
205. Bailey J.C., Kovach R.J., Cifrlon D.P. Mechanisms and Treatment of Cardiac Arrhythmias. - Baltimore, 1985. - 186 p.

206. Blum G.S. Hypnotic programming techniques in psychological experiments // Hypnosis: developments in research and new perspectives. - N.Y., 1979. - P. 112-119.
207. Bowers P.G. Effect of hypnosis and suggestions of reduced defensiveness on creativity test performance // J. of pers. - 1967. - Vol. 35, N 2. - P. 18-23.
208. Brett E.A., Ostroff R. Imagery and Posttraumatic Stress Disorder: An overview // Am. J. Psychiatry. - 1985. - Vol. 142, N 4. - P. 417-424.
209. Brodsky M.A., Sato D.A., Iseri L.I. Ventricular tachyarrhythmia associated with psychological stress. The role of the sympathetic nervous system // JAMA. - 1987. - Vol. 257, N 15. - P. 2064-2067.
210. Chretien M., Seidah N.G., Scherrer A. Les endorphines: structure, role et biogenese // Union med. Can. - 1983. - Vol. 112, N 2. - P. 1140-1154.
211. Chertok L. Les Methodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur. - 2-e Ed. - Expansion, 1958. - 348 p.
212. Culbertson F.M. A four-sleep hypnotherapy model for Gilles de la Tuorett's syndrome // Amer. J. Clin. Hypn. - 1989. - Vol. 31, N 4. - P. 252-256.
213. Damaste G.M. The social-medical service of the Royal Netherlands Navy // Rev. Int. serv. sante. - 1981. - Vol. 52, N 3. - P. 978-994.
214. Delay J., Cloutier F. Le coma post - hypoglycémique. Etude pathogénique // Encephale. - 1952. - T. 41, N 6. - P. 505-507.
215. Delius W., Nowak F.G., Haase J. Herzrhythmusstorun-

gen und autonomes Nervensystem // Pharmakotherapie. - 1980. - Vol. 3. - N 6. - P. 289-296.

216. Dittrich A. Studies on altered states of consciousness in normals // Psychiatrische Universitatslinik. - Zurich: Forschungsdirektion, 1979. - S. 188-197.

217. Erickson M.H. Hypnosis, General Survey // Dis. nerv. Syst. - 1941. - N 2. - P. 13-18.

218. Erickson M.H., Hershman S., Secter I.I. The Practical Application of Medical And Dental Hypnosis. - New York: Julian Press, 1961. - 470 p.

219. Follick M.J., Gorkin L., Capon R.J. et al. Psychological distress as a predictor of ventricular arrhythmias in a post-myocardial infarction population // Amer. Heart. J. - 1988. - Vol. 116, N 1. - P. 32-36.

220. Friedman M.J. Biological Approaches to the Diagnosis and Treatment of PTSD // J. Traumatic Stress. - 1991. - Vol. 4, N 1. - P. 67-91.

221. Goldberg B. Hypnosis and the immune system // Int. J. of psychosom. - 1985. - Vol. 32, N 1. - P. 87-91.

222. Gravitz M.A. Earlyness of hypnosis as surgicalanes-tesia // Amer. J. Clin. Hypn. - 1988. - Vol. 30, N 3. - P. 201-208.

223. Handbook of hypnosis and psychosomatic medicin / Под ред. G.D. Burrows, L. Dennerstein. - Amsterdam, New York, London, 1980. - 246 p.

224. Hendin H., Haas P. Combat adaptations of Vietnam Veterans without PTSD // Am. J. Psychiatry. - 1984. - Vol. 141, N 9. - P. 956-960.

225. Hilgard E.R. Hypnotic susceptibility.- N. Y., 1965.- 345 p.
226. Hilgard E.R. Personality and hypnosis: a studi of imaginative involvement.- Chicago, 1970.- 136 p.
227. Hilgard E.R. Divided consciousness: multiple controls in human thought and action. - N. Y., 1977.- 203 p.
228. Holroyd J., Hill A. Pushing the limits of recovery : Hypnotherapy with a stroke patient // Int. J. Clin. and Exp. Hypn. - 1989.- Vol. 37, N 2.- P. 120-128.
229. Holroyd J., Maguen E. And sofo sleep : hypnotherapy for lagophthalmos // Amer. J. Clin. Hypn. - 1989.- Vol. 31, N 4.- P. 264-268.
230. Horowitz M.J. Phaze oriented treatmeht of stress response syndromes // Am. J. Psychotherapy.- 1973.- Vol. 27, N 5.- P. 506-515.
231. Horowitz M.J., Wilner N., Kaltrieder N., Alvarez W. Signs and symptoms of PTSD // Arch. Gen. Psychiatry.- 1980.- Vol. 37, N 1.- P. 85-92.
232. Horowitz M.J., Weiss D.S., Marmar C. Diagnosis of post-traumatic stress disorder // J. Nerv. Ment. Dis.- 1987.- Vol. 175, N 3.- P. 276-277.
233. Hypnosis: developments in research and new perspectives / Под ред. E. Fromm, R.E. Shor.- N.Y., 1979.- 247 p.
234. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct // Soc. Cogn.- 1989.- Vol. 7, N 2.- P. 113-136.
235. Kerst A.J.F. Лечение посттравматического стрессового расстройства // Рус. мед. журн.- 1995.- N 3.- С. 191-192.

236. Kingsbury S.J. Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder: An isomorphic intervention // Amer. J. Clin. Hypn.- 1988.- Vol. 31, N 2.- P. 81-90.
237. Kluft R.P. Hypnotherapy of childhood multiple personality disorder // Amer. J. Clin. Hypn.- 1985.- Vol. 27, N 4.- P. 201-210.
238. Kratochvil S. Sleep hypnosis and waking hypnosis // Int. J. of clin. and exp. hypnosis.- 1970.- Vol. 18, N 1.- P. 21-25.
239. Kroger W.S. Clinical and experimental hypnosis.- Philadelphia, Montreal, 1963.- 207 p.
240. Kroger W.S., Fezler W.D. Hypnosis and behavior modification: imagery conditioning.- Philadelphia, Toronto, 1976.- 139 p.
241. Kroger F., Hahn P., Senges J. Functional Heart Disorders - Problems of Differential Diagnosis // Hexagon Roch.- 1986.- Vol. 14.- P. 12-17.
242. Lang P.J. A bio-informational theory of emotional imagery // Psychophysiology.- 1979.- Vol. 16, N 5.- P. 495-512.
243. Lang P.J., Levin D.N., Miller G.A., Kozak M.J. Fear behavior, fear imagery and the psychophysiology of emotion: The problem of affective - response integration // J. Abnormal Psychol.- 1983.- Vol. 92, N 3.- P. 276-306.
244. Lasarus R.S. Environmental Planning in the Context of Stress and Adaptation // Symposium "Society, stress and disease".- Stockholm, Oxford, 1970.- P. 436-441.
245. Levitt B., Cagin N., Kleid T. Rol of Nervous System

in the Genesis of Cardiac Rhythm Disorders // Amer. J. Cardiol.- 1976.- Vol. 37, N 10.- P. 1111-1113.

246. Levitt E.E., Chapman R.H. Hypnosis as a research method // Hypnosis: developments in research and new perspectives.- N.Y., 1979.- 171 p.

247. Lown B. Sudden cardiac death: biobehavioral perspective // Circulation.- 1987.- Vol. 67, N 1.- P. 186-197.

248. Lyons J.A., Keane T. M. Implosive therapy for the treatment of combat-related PTSD // J. Traumatic stress.- 1989.- Vol. 1, N 2.- P. 137-152.

249. Marcuse F.L. Hypnosis. Facts and fiction. - Harmondsworth (England), 1977.- 189 p.

250. Martindale C. Cognition and consciousness.- Homewood: Dorsey Press, 1981.- 462 p.

251. Mc Fall M., Miles E., Marburg M., Smith D., Jensen C. An Analysis of Criteria Used by VA Clinicians to Diagnose Combat - Related PTSD // J. Traumatic Stress.- 1991.- Vol. 4, N 1.- P. 123-137.

252. Mc Guinness T.P. Hypnosis in the treatment of phobia as a review of the literature // Amer. J. Clin. Hypn.- 1984.- Vol. 26, N 4.- P. 261-272.

253. Mlelick M. Life change and illness behaviour of males in the recovery period of a natural disaster // J. Hith. Soc. behaviour.- 1978.- Vol. 19, N 6.- P. 335-342.

254. Moldawsky R.J. Hypnosis as adjunctive treatment in Huntington's disease // Amer. J. Clin. Hypn.- 1984.- Vol. 26, N 4.- P. 229-231.

255. Mutter C.B. Posttraumatic stress disorder Hypnothe-

rapeutic approach in a most unusual case // Amer. J. of clin. hypnosis. - 1987. - Vol. 30, N 2. - P. 99-103.

256. Olivier E.J.F. Посттравматическое стрессовое рассстройство // Рус. мед. журн. - 1995. - N 1. - C. 29-31.

257. Pagano R.R., Alkots N.J., Wall T.W. Hypnosis, cerebral laterality and relaxation // Int. J. Clin. and Hypn. - 1988. - Vol. 36, N 4. - P. 350-358.

258. Parker G.W., Michael L.H., Hartley C.J. Central β -adrenergic mechanisms may modulate ischemic ventricular fibrillation in pigs // Circul. Res. - 1990. - Vol. 66, N 2. - P. 259-270.

259. Patterson D.R., Questad K.A., de Lateur B.J. Hypnotherapy as an adjunct to narcotic analgesia for treatment of pain for burn debridement // Amer. J. Clin. Hypn. - 1989. - Vol. 31, N 3. - P. 156-163.

260. Pitman R.K., Orr S.P., Forgue D.F., de Jong J.B., Clairborn T.M. Psychophysiological assessment of PTSD in Vietnam combat veterans // Archives of General Psychiatry. - 1987. - Vol. 44, N 9. - P. 970-975.

261. Podrid P.J., Fuchst T., Candianas R. Rol of the sympathetic nervous system in the genesis of ventricular arrhythmia // Circulation. - 1990. - Vol. 82, N 2. - P. 1103-1113.

262. Pons R. La pathologie du marin et asa prevention // Rev. Int. Serv. Sante. - 1976. - Vol. 49, N 718. - P. 579-586.

263. Relinger H. Hypnotic hypermnesia: A critical review // Amer. J. Clin. Hypn. - 1989. - Vol. 26, N 3. - P. 212-225.

264. Richards L.F. The emergence of molecular neurobiology // Trend biochem. Sci. - 1984. - Vol. 9, N 2. - P. 173-176.

265. Rhodes R.H. Curative hypnosis.- Londres: Elec. Books, 1952.- 274 p.
266. Salter A. What is hypnosis ? // Studies on Auto and Hetero-conditioning.- Londres: Athenaeum Press, 1950.- P. 95-101.
267. Schwarth H.J. Psychotherapy of the combat veteran.- N.Y., Spectrum, 1984.- 117 p.
268. Seggiaro J., Machado M. Traitement et evalution du coma post-hypoglycemique // Encephale.- 1952.- Vol. 41, N 2.- P. 108-110.
269. Silver S.M., Iacono C. Symptom groups and family patterns of Vietnam veterans with PTSD // Trauma and its Wake.- N.Y., Brunner-Mazel, 1986.- P. 20-38.
270. Skampradonis G., Venetis C. Problemes cardiaques dans les Forces Armees // Rev. Int. Serv. Sante.- 1981.- Vol. 54, N 3.- P. 205-210.
271. Smith M.L., Glass G.V. Meta - Analysis of Psychotherapy Outocome Studies // Amer. Psycholog.- 1977.- Sept.- P. 752-760.
272. Sperry R. // Perspectives in Biology and Medicine.- 1986.- Vol. 29, N 23.- P. 413-422.
273. Spitzer R.L., Williams J.B. Classification in psychiatry // Comprehensive Textbook of Psychiatry.- Baltimore, 1985.- P. 591-612.
274. Stutman R., Bliss E. PTSD, hypnotizability and imagery // Am. J. Psychiatry.- 1985.- Vol. 142, N 7.- P. 741-743.
275. Swirsky-Sacchetti T., Margolis C.G. The effects of a comprehensive self hypnosis training program on the use of

factor VIII in severe hemophilia // Int. J. of clin. and exp. hypnosis. - 1986. - Vol. 34, N 2. - P. 81-88.

276. Tishler G. Evaluation of DSM-III // Comprehensive Textbook of Psychiatry. - Baltimore, 1985. - P. 617-621.

277. Ursano R.J. PTSD: The stressor criterion // J. Nerv. Ment. Dis. - 1987. - Vol. 175, N 3. - P. 273-275.

278. Venn J. Hypnotic intervention with accident victims during the acute phase of posstraumatic adjustment // Amer. J. Clin. Hypn. - 1988. - Vol. 31, N 2. - P. 114-117.

279. Werner H., Finkelstein A. Dreams that Precende a Psychosomatik illnes // Canad. psychiat. Ass. J. - 1971. - Vol. 16, N 4. - P. 317-321.

280. Weybrew B.B., Noddin E.M. Psychiatric aspects of adaptation to long submarine missons // Aviat. Space Environ. Med. - 1979. - Vol. 50, N 6. - P. 575-580.

281. Whitehouse W.G., Dinges D.F., Orne E.C. et al. Hypnotic hypermnesia: enhanced memory accessibiliti or report li- as // J. Abnorm. Psychol. - 1988. - Vol. 97, N 3. - P. 289-295.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Применение психотерапии в лечении ятрогенной затяжной инсулиновой комы (клиническое наблюдение)

Старший мичман М., 42 лет был доставлен в Главный госпиталь Северного флота 19 октября 1994 года в крайне тяжелом состоянии, в глубокой коме с начинающимся отеком головного мозга после того, как врачом ошибочно внутривенно было введено около 120 ед. инсулина в 400 мл. 10 % раствора глюкозы с целью дезинтоксикационной терапии алкогольного опьянения. В последующем больной был оставлен без наблюдения на 7 часов (согласно акта о травме). В реанимационном отделении были восстановлены витальные функции, нормальный уровень глюкозы в сыворотке крови (4,9–5,6 ммоль/л), но сознание больного оставалось угнетенным до уровня поверхностной комы I степени (по Личко А. Е., 1962): отсутствие реакции на оклик по имени, условного мигательного рефлекса при приближении предмета к глазам, фиксации взгляда на движущийся предмет, реакции на слова, значимые в жизни больного.

Периодически у больного возникали моторные возбуждения с последующим застыванием тела в неудобных позах. Наблюдаемые подкорковые гиперкинезы, часто сопутствующие инсулиновым гипогликемиям, встречаются преимущественно у мужчин, злоупотребляющих алкоголем (Молохов А. Н., 1939; Серейский М. Я., Зак Н. Н., 1956).

Несколько позже у больного развился гнойный трахеобронхит, явившийся результатом длительной искусственной вентиляции легких через трахеостомическую трубку. При объективном исследовании: сознание угнетено до уровня глубокого сопора - поверхностной комы; пульс 78-86 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД = 140-160 / 90-100 мм. рт. ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца звучные. Дыхание жесткое с единичными сухими хрипами. Печень, селезенка не увеличены. В неврологическом статусе - диффузное повышение мышечного тонуса и отсутствие брюшных рефлексов. Характерным было несоответствие тяжести неврологических расстройств степени гипогликемии (Личко А. Е., 1962).

На электроэнцефалограмме регистрировалась низкая амплитуда волн без зональных и межполушарных различий. Реакций на раздражение практически не было. Доминировал Θ -ритм частотой 6-7 колебаний в секунду с амплитудой до 30 мкВ. Известно, что диффузное распространение медленноволновой активности на всю кору головного мозга является характерной электрэнцефалографической картиной комы (Невский М. П., 1957). В анализах крови: гемоглобин 104-138 г/л, эритроциты $3,3-4,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $9,4-15,6 \times 10^9$ /л., СОЭ = 45-66 мм / час.

Состояние больного было расценено как тяжелая инсулиновая кома с характерной для нее симтоматикой: запекшиеся губы, сухой обложенный язык, гипертермия, обезвоживание организма, падение тургора тканей, сгущение крови, незначительная протеинурия. Несмотря на проводимую терапию (пирацетам, актовегин, витамины группы В, оксигенобаротерапия) больной оставался в коматозном состоянии.

В план дальнейшего лечения было решено включить психотерапию. Методом выбора явились суггестивная терапия, в которой используются управляемые врачом измененные состояния сознания. Поскольку сознание больного уже было изменено, правда не словом, а инсулином и относилось к группе измененных состояний сознания, то теоретически имелась возможность провести его коррекцию. Применение суггестивного воздействия обосновывалось тем, что в ИСС восприимчивость человека к поступающей извне информации (в том числе и к словам) чрезвычайно высока ввиду частичного демонтажа психологической защиты и снижения критики – "психической цензуры". С этих теоретических позиций, данный больной, по глубине измененного сознания, оказывался психически абсолютно беззащитным. Поэтому, на наш взгляд, необходимо было соблюдать несколько условий: отменить введение седативных средств и максимально ограничить поступление окружающих звуков в измененное сознание больного – искусственно вызвать состояние сенсорной депривации. Это позволило бы создать благоприятный фон, на котором слова психотерапевта звучали бы доминантно.

Ориентировочная схема восстановления психики представлялась в следующем виде:

- установление с больным прочного раппорта (психологической связи), необходимого для успешной психотерапии. Примером формул внушения является следующая суггестия: "Каждое мое слово запоминается вашим мозгом, записывается как на магнитной ленте. Между нами устанавливается прочная психологическая связь. Ваш мозг ждет звучание моих слов"
- суггестирование в каждом сеансе образов, направленных

на восстановление сознания. Пример лечебных суггестий: "С каждым днем вы поднимаетесь, словно по темной лестнице, все выше и выше, все светлее становится вокруг. Вы начинаете узнавать окружающие предметы, осознавать себя. Вы словно просыпаетесь после глубокого сна...".

- восстановление двигательной сферы, привычных двигательных навыков, речи, письма, восстановление памяти.
- коррекция эмоциональной сферы.
- восстановление мыслительных способностей.

Необычным в психотерапии комы явились то, что обычно в суггестивных сеансах врач изменяет сознание больного для введения лечебных внушений, а в данных сеансах, наоборот, необходимо было восстановить уже измененное сознание, используя внушение. Минимальный объем медикаментозного лечения не изменялся в течение всего периода психотерапии.

К началу психотерапии больной находился в коматозном состоянии 30-е сутки!

Первые пять сеансов проводились каждый день, последующие - через 2-7 дней. На следующий день после первого сеанса обратило внимание то, что в момент двигательного возбуждения больной стал щадить ногу, которую травмировал ранее об острие шурупа, с силой ударяя о спинку кровати. После второго сеанса, к вечеру появилась фиксация взгляда на движущиеся предметы, а на следующий день стал выкрикивать маломодулированным голосом короткие бранные слова. Отдельные выкрики, свидетельствовавшие о восстановлении речи, появление условного мигательного рефлекса при приближении предмета к открытым глазам, способность фиксировать взором движущийся объект являлись началом восстановле-

ния функции коры больших полушарий и изменения степени угнетения сознания (Личко А. Е., Браверман Л. Б., 1967). К пятому сеансу больной устойчиво фиксировал взгляд на движущиеся предметы, на короткое время понимал обращенную к нему речь, неразборчиво выговаривал короткие фразы и подмигивал медперсоналу.

В дальнейшем сеансы были прекращены на 12 дней в связи со служебной командировкой. Через два дня после прекращения сеансов состояние больного резко ухудшилось - развилось вновь коматозное состояние. После перерыва психотерапевтические сеансы были продолжены. Установленный ранее rapport позволил достаточно быстро (за два сеанса) получить заметный эффект: больной вновь стал произносить отдельные слова на фоне почти постоянного бормотания; удален был желудочный зонд (на зондовом питании больной находился больше месяца) в связи с восстановлением способности принимать пищу; больной мог стоять на ногах, а при поддержке, ходить.

Проведение последующих сеансов было осложнено тем, что у больного появилась выраженная негативная реакция с плачем, защитными движениями при приближении медперсонала. Последующие три сеанса проведены во время сна больного, так как сон также благоприятен для введения внушений (Буль П. И., 1955). После шестого сеанса второго курса психотерапии полностью исчез негативизм. Больной стал самостоятельно принимать пищу в палате, а также узнал своего товарища, которого не видел два года. После 15-го сеанса (с учетом первых пяти) больной уже ходил в зал лечебной физкультуры, смотрел телевизор и узнавал известных артистов, ходил на прогулки, самостоятельно пользовался столовыми приборами, бритвенными принадлежностями. После 17-го

Здравствуйте
Сейчас скучаю за балетом
Хорошо писать письма
но пока не спеть
Хорох-лио погружаемся
Сейчас скучаю за балетом
сейчас же пишу это письмо
за балетом. Очень интересно
скучать за балет и за
зодчеством. Сильно
сейчас скучаю за балетом
сейчас скучают за балетом
сейчас скучаю за балетом
балетом и за зодчеством
сейчас хочу поговорить
о чем-то о философии

Рис. 18. Письмо больного М. после 18 сеанса психотерапии

сеанса отчетливо проявились эмоциональные реакции, а после 18-го сеанса больной написал письмо родителям, в котором проявились психомоторные расстройства в виде парофазии (замена слов, слогов в предложении), персеверации (стереотипное повторение одних и тех же слов) и вербигерации (стереотипное повторение одних и тех же фраз) (рис. 18).

Всего проведен 21 сеанс психотерапии со средней продолжительностью $31,1 \pm 1,72$ минут ($M \pm m$) в течение трех месяцев. Примечательно то, что суггестивная программа каждого психотерапевтического сеанса практически полностью реализовывалась в течение последующих 2–4-х суток. Удлинение перерывов между сеансами приводило к задержке психического восстановления.

Итогом длительного психотерапевтического лечения явилось следующее состояние больного: больной стал активным, способным обслуживать себя в полном объеме, читать книги, смотреть телевизор, общаться с больными и поддерживать беседу, правильно отвечать на простые вопросы, выполнять все отдаваемые команды и складывать в уме простые числа. Восстановился тесный эмоциональный контакт с родственниками, проявилась забота о семье. Однако, уровень мышления остался на уровне удовлетворения основных потребностей. Сложные логические задачи решать не мог. Способность к отвлечению и обобщению осталась резко сниженной, память нарушенной – события прошлого воспроизводил с большим трудом. Сохранились элементы эхолалии и персеверации. Речевые стереотипии, длительные, тонические и многократно повторяющиеся движения у больного являлись следствием застойного характера нервных процессов, особенно процесса возбуждения (Личко А. Е., 1962). В неврологическом статусе определялся высокий фон

Здравствуйте уважаемый Олег Викторович!
Большое спасибо всему медицинскому персоналу,
живу я у родителей, в чистой и разведенной квартире, на
развод они пока не отвечают. Самочувствие все
хорошее получаю вторую группу. Планирую в сентябрьские
ботинки и дальше все вторую группу. Хочу на море
ловлю крабов, недавно приехал мой брат из Египта
и уходит на море. Еще большое вам спасибо
вам за спасение меня. досвидания Всегда
Милодар. Олег

Рис. 19. Письмо больного М. через 1,5 года после психотерапии

глубоких рефлексов, симптом Мариеску-Радовичи.

На электроэнцефалограмме отмечена соответствующая положительная динамика: зарегистрирована низкоамплитудная ЭЭГ, в которой доминировал β -ритм с частотой 30 колебаний в секунду, амплитудой до 30 мкВ. Появились межполушарные и зональные различия, отдельные группы α -волн с частотой 10-13 колебаний в секунду, амплитудой до 50 мкВ. Сохранились отдельные группы Θ -волн с частотой 2 колебания в секунду, амплитудой до 35 мкВ.

В дальнейшем больной был переведен в 32 Центральный военно-морской клинический госпиталь (ЦВМКГ). Перед отправлением в ЦВМКГ, в последнем гипносуггестивном сеансе введена суггестия, направленная на пролонгирование лечебного эффекта: "Восстановление вашей психики происходит и днем и ночью независимо от вас. Мозг постепенно вспоминает и точно воспроизводит прежнее привычное состояние психической деятельности".

Через 1,5 года больной сообщил о себе в коротком письме (рис. 19).

Обсуждение результатов клинического наблюдения.

Данный клинический случай является редкостью и его можно сравнить лишь с одним из осложнений инсулиновой терапии психозов - затяжной комой. Внутривенное введение инсулина для проведения инсулиношоковой терапии психозов было предложено Вареля-Фуэнтесом и Раваком в 1937 году, а коматозное состояние, сохраняющееся после повторных вливаний глюкозы, принято называть затяжной комой, возникающей менее чем у 10% больных (Личко А. Е., 1962).

Впервые затяжную кому описал W. Geller в 1936 году. В дальнейшем казуистике затяжных ком, изучению и отысканию способов их лечения было посвящено множество работ (Чернай П.П., 1938). Расстройства сознания, даже самые длительные, не являются необратимыми состояниями и разрешаются либо выздоровлением, либо гибелью больного (Архангельский А.Е., 1994). Длительность затяжных ком может быть весьма значительной, и большинство больных гибнет, несмотря на активные лечебные процедуры, так как затяжные комы являются крайне тяжелыми и опасным осложнением. Максимальная продолжительность коматозного состояния, описанного Мюллером в 1937 году, составила 14 суток. Коматозное состояние может переходить в сопорозное и продолжаться неопределенно долгое время (Личко А.Е., 1962).

Предположительно, механизм затяжных ком обусловлен развитием необратимого или трудно обратимого интрацеллюлярного отека клеток мозга (Seggiaro J., Machado H., 1952; Delay J., Cloutier F., 1952). Авторы считают, что по этой причине продолжительное угнетение функций мозга становится трудно обратимым. Поэтому при благоприятном исходе отдаленными последствиями тяжелых затяжных ком, которые исчисляются сутками, являются: нарушения памяти по типу Корсаковского синдрома без конфабуляций, слабоумие органического типа, апраксии, афазии, аграфии, апатия, беспомощность, бездеятельность (Личко А.Е., Браверман Л.Б., 1967). Обычные методы купирования инсулиновых ком направлены на нормализацию содержания глюкозы в крови и устранение интрацеллюлярного отека нейронов. Применять психотерапию рекомендуется в постгликемический период, для которого характерно эмоциональное оживление (Личко А.Е., 1962).

Мы считаем вполне обоснованным применение психотерапии непосредственно в лечении затяжных ком. Созданный для больного охранительный звуковой режим перед психотерапией был связан с тем, что больным в сопорозном и коматозном состояниях воспринимается весь информационный поток, проявляясь в усилении гиперкинезов, а словесные раздражители, вызывают ответную мимическую и вегетативную реакции (Личко А. Е., 1962).

Распад сознания при гипогликемии является сложным многоступенчатым процессом и до конца имеет свойство быть целостной системой. Понимание смысла речи распадается довольно рано, а способность к формально-логическим операциям сохраняется до полного исчезновения сознания (Спивак Д. Л., 1986, 1989).

Э. А. Костандов (1977) и Н. П. Бехтерева с соавторами (1988) убедительно показали что у лиц, находящихся в неглубоком общем наркозе (полностью в бессознательном состоянии), вызванные потенциалы на звуковые, зрительные и соматосенсорные стимулы регистрируются в соответствующих проекционных областях неокортекса. Более того, в случаях повышения порога опознания эмоционально значимых слов (коматозные и сопорозные состояния) удается не только регистрировать биоэлектрические и вегетативные реакции на стимулы, еще не осознаваемые человеком, но и отметить их влияние на мотивацию, на содержание представлений, образов, на принятие решения о выборе реакций (Костандов Э. А., 1977).

Следовательно, имеется вполне определенная нейрофизиологическая основа для применения суггестивной терапии в лечении коматозного состояния и восстановлении измененного сознания больного. Каким же образом ЦНС "узнает" слово еще до того, как

оно осознается ?

Эмоционально значимые слова кортико-фугальным путем через временные связи возбуждают структуры лимбической системы, которые по механизму обратной связи приводят к изменению возбудимости неокортекса - облегчению или подавлению функциональной активности корковых нейронов. Эти восходящие неспецифические влияния на неокортекс со стороны лимбической системы лежат в основе изменений восприятия эмоциональных стимулов, в частности, в основе механизма действия "психологической защиты" человека, которая представляет собой систему ловушек и преобразователей опасной для личности информации (Ониани Т.Н., 1980; Стмонов П.В., 1981; Бехтерева Н.П. с соавт., 1988; Грановская Р.М., Березная И.Я., 1991).

В коматозном состоянии у данного пациента вместе с утраченным сознанием была полностью демонтирована и психологическая защита. Больной оставался беззащитным от информационной агрессии окружающей среды и легко доступным воздействию бесконечного потока раздражителей, на которые адекватно ответить был не в состоянии. Двигательное возбуждение и стон являлись ответной реакцией на множество звуков и обращенную речь медперсонала. Применение суггестивной терапии в лечении затяжной комы позволило вернуть сознание и восстановить утраченную психологическую защиту.

Таким образом, психотерапевтический подход в лечении затяжной инсулиновой комы позволил оказать воздействие на самые интимные механизмы высшей нервной деятельности и ex juvantibus убедиться в правильности наших высказываний.

