Новицкий И.Я.



Клиническая ГИПНОТЕРАПИЯ

Теория, методология и практика в психиатрии и психологии



Игорь Новицкий

Клиническая гипнотерапия: теория, методология и практика в психиатрии и психологии

https://litres.ru/74711488
SelfPub; 2026

Аннотация

В книге подробно освещены: нейробиологические основы гипноза, включая механизмы нейронной пластичности, внимания, внушаемости и регуляции аффекта; клинические показания, вклю-чая депрессивные и тревожные расстройства, зависимости, психо-соматические состояния, хроническую боль, расстройства адаптации и последствия психологической травмы; стандартизированные протоколы гипнотической работы, модели структурирования сеансов и методы интеграции гипноза в комплексное лечение; пограничные и трудные клинические случаи, включая коморбидность, резистентность к терапии и особенности пациентов с выраженными лич-ностными акцентуациями; этические, правовые и методологические аспекты применения гипноза в современной российской и международной психиатрии.

Отдельное внимание уделено феноменологии изменённых состояний сознания, роли гипноза в формировании новых нейропсихологических связей, а также будущему гипнотерапии в эпоху цифровой медицины и искусственного интеллекта.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ 7
Цели и задачи настоящего руководства 7
Кому адресована эта книга 9
Гипнотерапия как клинический, психотерапевтический и научный феномен 10
Принципы изложения, структура и логика книги 12
Обозначение используемой терминологии 13
Глава 1. История гипноза как медицинского и психотерапевтического метода 14
1.1. До-научные формы транса и внушения в культуре и медицине 14
1.2. Месмеризм и рождение медицинского гипноза 22
1.3. Классическая неврологическая школа и гипноз 30
1.4. Гипноз и становление психоанализа 41
Глава 2. Понятие гипноза: терминология, определения, классификации 62
2.1. Гипноз, транс, внушение, диссоциация: разграничение понятий 62
2.2. Гипноз как состояние сознания 71
2.3. Гипноз как процесс и метод 81

воздействия
2.4. Гипноз как форма психотерапевтического взаимодействия 90
2.5. Клинические и неклинические формы гипноза 98
Глава 3. Методология изучения гипноза 108
3.1. Проблема операционализации гипнотических феноменов 108
3.2. Трудности стандартизации и воспроизводимости 118
3.3. Субъективность как методологическая проблема и ресурс 127
3.4. Гипноз и доказательная медицина 135
3.5. Этика научных исследований в гипнотерапии 146
Глава 4. Сознание и изменённые состояния сознания 159
4.1. Современные модели сознания 159
4.2. Фокус внимания и гипнотический процесс 170
4.3. Диссоциация как ключевой механизм гипноза 179
4.4. Память, воображение и внушаемость 188
4.5. Границы нормы и патологии изменённых состояний 198
Глава 5. Нейрофизиология гипноза 208

5.1. Электрофизиологические корреляты гипнотических состояний 208
5.2. Функциональные нейросети при гипнозе 217
Конец ознакомительного фрагмента. 227

Игорь Новицкий Клиническая гипнотерапия: теория, методология и практика в психиатрии и психологии

ВВЕДЕНИЕ

Цели и задачи настоящего руководства

Гипнотерапия на протяжении более чем полутора столетий занимает в психиатрии и клинической психологии особое, во многом парадоксальное положение. С одной стороны, она является исторически одним из первых психотерапевтических методов, лежащих у истоков клинической психопатологии и динамической психотерапии, а с другой — до настоящего времени сохраняет статус методологически уязвимого и неоднозначно воспринимаемого направления лече-

ния. Несмотря на накопленный клинический опыт и значительное количество исследований, гипноз продолжает вызывать настороженность в научном сообществе, нередко ассоциируясь с вненаучными или упрощёнными представлениями, что препятствует его полноценной интеграции в систему современной доказательной медицины (Бехтерев В.М., 1903; Hilgard E.R., 1977).

Целью настоящего руководства является формирование целостного, клинически ориентированного и научно обоснованного представления о гипнотерапии как методе психиатрического и психологического лечения, а также как сложном психофизиологическом и межличностном феномене. Книга направлена на преодоление разрыва между эмпирической эффективностью гипнотерапии в клинической практике и её фрагментарным теоретическим осмыслением в современной психиатрии и психологии.

Задачами данного руководства являются систематизация исторических, концептуальных и методологических представлений о гипнозе; анализ нейропсихологических и психофизиологических механизмов гипнотических состояний; рассмотрение показаний, противопоказаний и клинических ограничений гипнотерапии в рамках нозологического подхода, принятого в МКБ-10/11; а также изложение практических принципов гипнотерапевтической работы, позволяющих специалисту использовать данный метод осознанно, этично и клинически обоснованно.

Кому адресована эта книга

Настоящее руководство адресовано широкому кругу специалистов, работающих в области психического здоровья. В первую очередь книга предназначена для психиатров и клинических психологов, использующих или планирующих использовать гипнотерапию в своей профессиональной деятельности. В равной степени она может служить учебным и справочным пособием для психотерапевтов, врачей смежных специальностей, а также для студентов медицинских и психологических факультетов, интересующихся клиническими методами психотерапии.

Отдельное внимание в книге уделено исследовательской аудитории. Структура изложения, научная аргументация и система внутритекстовых ссылок позволяют использовать материал монографии в научных работах, диссертационных исследованиях и теоретических обзорах. При этом книга не ориентирована исключительно на академическое сообщество, она сознательно написана в форме, сохраняющей клиническую ясность и практическую применимость, что делает её доступной для специалистов, не вовлечённых в научную деятельность на постоянной основе.

Гипнотерапия как клинический, психотерапевтический и научный феномен

В рамках настоящего руководства гипнотерапия рассматривается не как изолированная техника внушения, а как многомерный клинический феномен, находящийся на пересечении психопатологии, нейрофизиологии, психотерапии и межличностного взаимодействия. Гипнотическое состояние не сводимо ни к физиологическому процессу, ни к психологическому переживанию в узком смысле, поскольку представляет собой динамическую конфигурацию внимания, сознания, аффекта и отношений между пациентом и терапевтом (Спиридонов Н.И., 2010; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

С клинической точки зрения гипнотерапия выступает как метод модификации симптомов, патологических паттернов переживания и поведения, а также как способ доступа к неосознаваемым психическим процессам. В психотерапевтическом контексте гипноз функционирует как особая форма коммуникации, в которой внушение, символизация и терапевтический альянс образуют единый лечебный механизм. С научной позиции гипнотерапия представляет собой вызов традиционным моделям доказательной медици-

ны, поскольку её эффективность тесно связана с факторами субъективности, индивидуального стиля врача и особенностей пациента, плохо поддающихся стандартизации (Kirsch I., 1994).

Принципы изложения, структура и логика книги

Структура настоящей монографии выстроена в соответствии с принципом поступательного движения от общих теоретических оснований к частным клиническим приложениям. В Отделе I рассматриваются исторические, концептуальные и методологические предпосылки гипноза, формирующие фундамент для дальнейшего анализа. Отдел II посвящён современным нейропсихологическим и психофизиологическим моделям гипнотических состояний, что позволяет связать клинические наблюдения с данными нейронаук.

Отделы III и IV образуют клиническое ядро книги, в котором гипнотерапия рассматривается как практический метод лечения с чётко определёнными показаниями, ограничениями и технологиями применения. В Отделе V гипнотерапия анализируется в контексте конкретных психических расстройств, классифицируемых в рамках МКБ-10/11, что обеспечивает нозологическую и диагностическую точность изложения. Заключительные отделы посвящены личности гипнотерапевта и месту гипнотерапии в системе современной психиатрии, включая перспективы её дальнейшего развития.

Обозначение используемой терминологии

В тексте настоящего руководства используется терминология, принятая в современной клинической психиатрии и психологии. Понятия «гипноз», «гипнотическое состояние», «транс», «внушение» и «диссоциация» употребляются в строго определённом контексте, который будет последовательно уточняться в соответствующих главах. Диагностические категории приводятся в соответствии с Международной классификацией болезней десятого и одиннадцатого пересмотров, с учётом различий и преемственности между ними.

Использование терминов не предполагает их метафорического или популярного толкования; все ключевые понятия рассматриваются как научные конструкты, подлежащие критическому анализу и клинической верификации. Такой подход позволяет сохранить академическую строгость и одновременно обеспечить практическую применимость излагаемого материала.

ОТДЕЛ

I

. ИСТОРИЧЕСКИЕ, КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ГИПНОЗА

Глава 1. История гипноза как медицинского и психотерапевтического метода

1.1. До-научные формы транса и внушения в культуре и медицине

История гипноза как медицинского и психотерапевтического метода не может быть адекватно понята без реконструкции гораздо более древнего пласта человеческого опыта, предшествующего возникновению клинической психиатрии, экспериментальной психологии и нейрофизиологии. До-научные формы транса и внушения существовали задолго до появления терминов «гипноз», «суггестия», «диссоциация» и «психотерапия», поскольку они опирались на универсальные для человека механизмы внимания, аффективной регуляции, социального влияния и символического мышления. Уже на этой ранней, предтеоретической стадии обнаруживается центральный для всей гипнотерапии парадокс: феномены, которые позже станут объектом лабораторных и клинических исследований, сначала проявлялись в контексте обряда, религии, целительства, искус-

ства и власти, где их эффективность оценивалась не через критерии воспроизводимости, а через социально признаваемый результат и переживаемую субъективную убедительность (Элиаде М., 1951; James W., 1902).

В культурной антропологии и истории религий транс традиционно описывался как особое состояние сознания, возникающее при ритмической стимуляции, монотонизации внимания, сенсорной депривации или, напротив, сенсорной перегрузке, и сопровождающееся изменением самовосприятия, переживанием «внешнего воздействия», а также феноменами амнезии, автоматизма, изменения голосовой и двигательной экспрессии. Эти проявления нередко интерпретировались как одержимость, вдохновение, пророчество или «вхождение духа», однако с клинических позиций в них распознаются прототипы диссоциативных феноменов, включая расщепление, сужение поля сознания, селективность внимания и модификацию телесной схемы (Janet P., 1889; Ellenberger H.F., 1970). Важно подчеркнуть, что в донаучном контексте такие состояния редко считались патологией сами по себе: напротив, они могли выступать социально санкционированным способом разрешения кризиса, снижения тревоги, мобилизации ресурсных переживаний и даже «лечения», когда ритуал и внушение образовывали единую терапевтическую технологию.

В основе большинства традиционных практик транса лежит не мистическая «сила», а устойчивые психофизиологи-

ческие закономерности. Одной из них является способность человека к глубокой концентрации и абсорбции, при которой внимание фиксируется на ограниченном наборе стимулов или образов, а критическая оценка происходящего временно ослабляется. Вторая закономерность связана с социальной природой внушения: в условиях авторитетной фигуры, коллективной поддержки и нормативного ожидания эффекта изменяется смысловая рамка переживания, что усиливает вероятность как субъективных изменений (уменьшение страха, облегчение боли), так и наблюдаемых поведенческих реакций (тремор, судорожные движения, «припадки», катарсис). Третья закономерность касается символической организации опыта: культурный сценарий ритуала предлагает человеку язык и форму для переживания того, что иначе было бы невыразимо, — боли, утраты, стыда, вины, внутреннего конфликта. В совокупности эти механизмы формируют раннюю «матрицу» гипнотерапии: монотонизация внимания, авторитет, ожидание, символический сценарий и подтверждение результата (Bernheim H., 1886; Kirsch I., 1994).

В европейской традиции важным промежуточным этапом между ритуально-магическими практиками и будущей медицинской гипнотерапией стали религиозные формы исцеления и массовые феномены внушения, наблюдаемые при паломничествах, проповедях, «чудесных исцелениях» и коллективных экстатических состояниях. С позиции современ-

ной клинической науки в таких явлениях заметны компоненты плацебо-реакции, социального заражения и диссоциативной регуляции аффекта, однако редукция их исключительно к «самовнушению» будет методологически неверной. Существенен контекст: религиозный ритуал создаёт стабильную систему смыслов, в которой симптом получает объяснение и перспективу изменения; для многих пациентов именно смысловая реконструкция переживания является не менее важной, чем собственно физиологическая динамика. Этот тезис будет неоднократно возвращаться в книге при анализе психотерапевтической природы гипноза и роли терапевтического альянса (Фрейд З., 1912; Frank J.D., Frank J.B., 1991).

Особое место в до-научной предыстории гипноза занимает феномен «исцеления словом», исторически присутствующий в медицине разных эпох. Даже в тех культурах, где отсутствовала разработанная психология, существовало практическое знание о том, что определённая форма речи (ритмизованная, авторитетная, адресная) способна изменять состояние человека. В античной и средневековой медицинской мысли (внушение и убеждение) нередко понимались как часть врачебного искусства, хотя и не выделялись в самостоятельный метод. Гипнотерапия, возникшая позднее как специализированная технология, в этом смысле является не «чужеродным телом» в медицине, а радикальной концентрацией того, что в той или иной мере всегда присутствовало

в клинической практике: влияние врача на пациента через слова, ожидания и отношения (Бехтерев В.М., 1903; Balint M., 1957).

В русской научной традиции, особенно в конце XIX — начале XX века, вопрос о внушении и его роли в терапии получил не только клиническую, но и общепсихологическую и нейрофизиологическую постановку. Работы В.М. Бехтерева, развивавшего идею психического влияния и суггестии в рамках объективной психологии, существенно способствовали тому, чтобы внушение перестало восприниматься как чисто «таинственное» действие и стало рассматриваться как закономерный феномен взаимодействия, подлежащий наблюдению и анализу (Бехтерев В.М., 1903). В дальнейшем, в иной методологической парадигме, И.П. Павлов описал гипнотические состояния в связи с учением о торможении и фазовых состояниях коры, что придало феноменам сна, транса и внушения физиологический язык описания и приблизило их к научной модели (Павлов И.П., 1923). Хотя эти концепции не исчерпывают сложности гипноза, они демонстрируют важный для нашей темы принцип: гипноз становится медицинским методом не тогда, когда «существует как феномен», а тогда, когда феномен получает операционализируемые описания и встраивается в причинные модели, доступные критике и проверке.

До-научные формы транса имеют прямое отношение к современной клинической диагностике не только в исто-

рическом, но и в нозологическом смысле. Международные классификации признают, что трансовые и «одержимые» состояния могут выступать как проявления психопатологии в спектре диссоциативных расстройств. В МКБ-10 выделены расстройства транса и одержимости в составе диссоциативных (конверсионных) расстройств, при условии, что данные состояния выходят за рамки культурно одобряемых практик и сопровождаются страданием или нарушением функционирования. В МКБ-11 диссоциативная феноменология также сохраняет место для трансовых состояний, подчёркивая необходимость различать культурно санкционированные формы изменённого сознания и клинические состояния, требующие лечения. Уже из этого следует принципиальный вывод: современная психиатрия, при всей своей критичности к гипнозу как методу, вынуждена признавать реальность тех состояний сознания, которые исторически описывались как транс и которые в определённых условиях становятся клинически значимыми. Следовательно, изучение до-научной предыстории транса не является «экскурсом»; оно помогает понять, почему феноменология гипноза тесно связана с диссоциацией, культурой и контекстом, а также почему гипнотерапия неизбежно располагается на границе между физиологией и смыслом.

Ключевым методологическим вопросом при обсуждении до-научных форм внушения является проблема разграничения: где заканчивается культурная практика и начинается

клиническая патология, где «норма» ритуала превращается в расстройство, и где терапевтическое воздействие является лечебным, а где — потенциально травматичным. Исторически ритуал мог одновременно выполнять функции регуляции эмоций и социального контроля, а фигура «целителя» — быть и терапевтом, и носителем власти. Для современной клинической гипнотерапии это принципиально: любая работа с внушением неизбежно затрагивает уязвимость пациента и его зависимость от интерпретации происходящего. Отсюда проистекает необходимость этических ограничений и контрактных рамок, которые будут подробно обсуждаться в Отделе IV. При этом сама историческая связь гипноза с властью и авторитетом не должна рассматриваться как «пятно» метода; напротив, она позволяет увидеть, что внушение — это не магия, а социально-психологический механизм, который в клинике должен быть дисциплинирован научной ответственностью и профессиональной этикой (Бехтерев В.М., 1903; Spiegel H., Spiegel D., 2004).

Если рассматривать до-научные формы транса с точки зрения будущей клинической практики, то можно выделить ещё один существенный аспект: ритуальный транс часто выступал как способ переработки травмы и внутреннего конфликта в символическом пространстве. Там, где современная психотерапия использует нарратив, экспозицию, когнитивную реструктуризацию или психодинамическое осмысление, традиционный обряд применял драматизацию, мета-

фору, телесный катарсис и социальное подтверждение «перемен». Эта параллель не означает тождественности методов, но указывает на общую психологическую функцию: создание условий, в которых человек способен пережить и переоформить свой опыт. Именно поэтому в клинической гипнотерапии столь важны образность, символизация и индивидуальная метафора, особенно при работе с тревогой, фобиями, зависимостями и функциональными расстройствами, включая речевые нарушения, где прямое рациональное воздействие часто ограничено (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Значение до-научных форм транса для нашей книги состоит, таким образом, не в экзотической реконструкции «архаических» практик, а в выявлении фундаментального основания гипноза как феномена: гипноз исторически возникает там, где внимание может быть организовано особым образом, где слово и авторитет способны преобразовывать переживание, и где символическая рамка придаёт происходящему субъективную реальность. Современная клиническая гипнотерапия, претендующая на научную состоятельность, не отказывается от этих оснований, но переводит их на иной уровень: от ритуала — к протоколу, от авторитета — к терапевтическому альянсу, от мистики — к операционализированным понятиям, от культурного сценария — к индивидуализированной психотерапевтической задаче. В следующей подглаве мы проследим, как эта трансформация оформля-

ется в Европе XVIII века в виде месмеризма и как именно на стыке медицины, философии и социальной психологии возникает первый проект «медицинского гипноза», который станет отправной точкой дальнейшей клинической истории метода (Месмер Ф.А., 1779; Ellenberger H.F., 1970).

1.2. Месмеризм и рождение медицинского гипноза

Переход от до-научных форм транса и внушения к медицинскому пониманию гипноза связан не столько с внезапным «открытием» нового феномена, сколько с институционализацией уже существующих психофизиологических закономерностей в рамках европейской науки XVIII века. Именно здесь возникает исторически первая попытка описать состояния, напоминающие гипноз, в языке причинности, терапии и универсального закона, то есть в форме, пригодной для медицинской легитимации. Центральной фигурой этого поворота стал Франц Антон Месмер, чья деятельность, несмотря на многочисленные критические оценки, сыграла роль катализатора: благодаря Месмеру феномены внушения и транса впервые стали предметом систематического общественного обсуждения, медицинской практики и научной экспертизы (Месмер Ф.А., 1779; Ellenberger H.F., 1970).

Месмеровская концепция «животного магнетизма» изначально претендовала на статус натурфилософского объяснения болезней и их лечения. В ней предполагалось существование универсальной, тонкой, физически реальной субстанции или «флюида», циркулирующего в природе и организме, нарушение движения которого приводит к страданиям, а восстановление — к исцелению (Месмер Ф.А., 1779). С точки зрения современной науки эта теория не выдерживает критики, однако методологически важен сам факт, что Месмер стремился придать терапевтическому влиянию врача физикалистскую, «объективную» основу, соответствующую духу эпохи Просвещения. Тем самым он невольно подготовил почву для того, чтобы феномены, исторически ассоциированные с мистикой и религиозной экзальтацией, могли быть предъявлены как предмет медицинского знания. Парадоксальным образом именно ошибочная гипотеза о «флюиде» способствовала началу научного процесса: она сделала трансовые и суггестивные явления публично обсуждаемыми, воспроизводимыми в лечебной процедуре и, следовательно, потенциально проверяемыми (Ellenberger H.F., 1970; Gauld A., 1992).

Клиническая практика месмеризма, особенно в парижский период, формировалась как комплексный терапевтический ритуал, включавший авторитет врача, особую обстановку, телесные манипуляции, коллективные сеансы и выраженные ожидания пациентов. Характерной стала сцена «кризов»

бурных эмоционально-двигательных реакций, которые интерпретировались как признак лечебного процесса и «выхода болезни». Эти кризы по своей феноменологии могут быть соотнесены как с истерическими конверсионными проявлениями, так и с диссоциативными состояниями, возникающими в условиях социального заражения и высокой внушаемости (Janet P., 1889; Ellenberger H.F., 1970). Однако важнее другое: в практиках Месмера впервые наглядно проявился тот компонент гипнотерапии, который затем станет предметом дискуссий на протяжении двух веков, — терапевтическая эффективность, возникающая на стыке межличностного влияния, символической рамки и специфической организации внимания пациента. Уже в месмеризме можно увидеть прообраз будущей клинической дилеммы: где проходит граница между «специфическим» действием метода и неспецифическими факторами лечения, включая ожидание, доверие к врачу и социальный контекст (Kirsch I., 1994; Frank J.D., Frank J.B., 1991).

Ключевым событием, определившим дальнейшую судьбу месмеризма и одновременно рождение медицинского гипноза как отдельного направления, стали экспертизы французских королевских комиссий 1784 года. Комиссии, в состав которых входили выдающиеся представители науки эпохи, включая Бенджамина Франклина и Антуана Лавуазье, анализировали практики «магнетизма» и пришли к выводу, что эффекты не связаны с существованием физического флю-

ида, а объясняются воображением, ожиданием и подражанием (Bailly J.-S., 1784; Franklin B. et al., 1784). Для современного читателя эти выводы могут показаться «сведением» гипноза к плацебо, однако исторически они имели более сложное значение. Комиссии фактически признали реальность наблюдаемых эффектов, но перенесли центр объяснения с физической субстанции на психологические механизмы. Тем самым был сделан решающий шаг: феномен перестал быть вопросом «тайной силы» и стал проблемой психологии и медицины, пусть ещё без адекватного языка описания. В определённом смысле критика месмеризма не уничтожила будущий гипноз, а, напротив, отделила клиническую реальность влияния от спекулятивной натурфилософии, задав направление дальнейшего развития (Ellenberger H.F., 1970; Gauld A., 1992).

Особое значение имеет то, что в заключениях комиссий прозвучала идея о необходимости контроля внушающих факторов и об опасностях бесконтрольного воздействия на пациентов. Уже в XVIII веке, задолго до появления современных этических кодексов, возникло понимание, что состояние повышенной внушаемости связано с уязвимостью личности и может быть использовано как во благо, так и во вред. Этот ранний этический мотив будет важен для нашей книги, поскольку клиническая гипнотерапия неизбежно предполагает асимметрию влияния: терапевт управляет рамкой, языком и смыслом интервенции, а пациент в

определённые моменты снижает критичность и усиливает доверие. Следовательно, профессиональная ответственность здесь должна быть выше, чем в ряде других психотерапевтических методов, где внушение не является центральным механизмом (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М., 2012).

Внутри самого месмеризма постепенно сформировалась линия, которая непосредственно ведёт к медицинскому гипнозу. Речь идёт о работах маркиза де Пюисегюра, ученика Месмера, описавшего феномен так называемого «искусственного сомнамбулизма» — состояния, при котором пациент демонстрировал не бурные кризы, а спокойную сосредоточенность, изменённую чувствительность, повышенную восприимчивость к словам и способность к последующему забыванию части переживаний (Puységur A.-M.-J., 1784). Именно здесь зарождается клинически более «чистая» модель гипноза:

вместо массового ритуала — индивидуальное состояние;

вместо драматического кризиса — управляемая фокусировка;

вместо физического «флюида» — роль слов, контакта и психического настроя.

По сути, Пюисегюр первым эмпирически показал то, что позже станет аксиомой клинической гипнотерапии: гипноз не требует театральности; его ядром является специфическая организация внимания и отношений, в которых слово приобретает лечебную силу (Ellenberger H.F., 1970; Gauld A.,

1992).

Если рассматривать месмеризм в более широком эпистемологическом контексте, то становится очевидно, что он оказался на пересечении нескольких важных линий. С одной стороны, это линия ранней психосоматической медицины, в которой тело и душа ещё не разделены окончательно, а болезнь допускает психические механизмы возникновения и облегчения. С другой стороны, это линия социальной психологии, хотя и не названная так в XVIII веке: групповой эффект, подражание, доверие к авторитету, заражение аффектом и ритуальная организация поведения становятся очевидными терапевтическими факторами. Наконец, это линия будущей клинической психопатологии: месмеризм предоставил материал для наблюдения феноменов истерии, конверсии, диссоциации и соматизации задолго до их систематического описания в неврологии и психиатрии XIX века (Charcot J.-M., 1882; Janet P., 1889). В этом смысле месмеризм следует рассматривать не как «ошибку истории», а как переходный объект: он одновременно содержит архаические элементы и зародыши научного подхода.

Важно также отметить, что конфликт вокруг месмеризма был не только научным, но и социально-политическим. Терапевтическая практика Месмера подрывала монополию академической медицины, создавая альтернативный рынок исцеления и новую фигуру терапевтической власти, основанной не на университетской легитимации, а на публичной

демонстрации эффективности. Эта социальная напряженность усиливала поляризацию взглядов: сторонники видели в магнетизме революцию, противники — опасную псевдонауку. Подобная поляризация будет повторяться и в последующие эпохи вокруг гипноза и гипнотерапии, включая современные дискуссии о месте внушения, плацебо и контекстных факторов в доказательной медицине (Kirsch I., 1994; Colloca L., Benedetti F., 2005). Для клинического мышления принципиально важно не занимать идеологическую позицию «за» или «против», а удерживать двойную перспективу: признавать клиническую реальность эффектов и одновременно требовать методологической дисциплины в их описании.

В отечественной научной традиции интерес к внушению и «магнетическим» явлениям присутствовал уже в XIX веке, однако решающий вклад в медицинское осмысление суггестии и гипнотических феноменов связан с работами В.М. Бехтерева, который, в отличие от натурфилософских построений, стремился рассматривать внушение как объективно наблюдаемый психический процесс, встроенный в систему взаимодействия и обучения (Бехтерев В.М., 1903). Эта линия отечественной мысли методологически созвучна тому повороту, который произошёл после критики Месмера: перенос объяснения с гипотетического «флюида» на закономерности психики и поведения. Важно, что российская школа, формировавшаяся уже на этапе зрелой психиатрии и нев-

рологии, опиралась не на месмеризм как таковой, а на дальнейшее развитие европейских подходов, однако исторически именно месмеризм сделал возможным саму постановку вопроса о внушении как медицинском факторе.

Для клинической гипнотерапии, описываемой в настоящем руководстве, месмеризм имеет значение как источник двух фундаментальных уроков. Первый состоит в том, что терапевтическое воздействие, связанное с внушением и изменением состояния сознания, может быть реально эффективным даже при неверной теоретической интерпретации. Этот урок предупреждает нас от наивного критерия «если теория неверна, значит и эффект иллюзорен». Медицинская история неоднократно демонстрировала, что практические эффекты иногда предшествуют адекватному объяснению; задача науки — не отрицать феномен из-за несовершенства гипотез, а уточнять механизмы и условия применения (Ellenberger H.F., 1970; Gauld A., 1992). Второй урок связан с рисками: отсутствие стандартизации, некритическая вера, коммерциализация и культ личности терапевта способны превратить метод в объект идеологий и злоупотреблений. Поэтому клиническая гипнотерапия, если она претендует на место в современной психиатрии и психологии, должна не дистанцироваться от внушения как «подозрительного» механизма, а, напротив, сделать внушение предметом строгого профессионального контроля, этических норм и методологической ясности (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М.,

2012).

Наконец, месмеризм важен и в более общем смысле, поскольку он обозначает начало длительного процесса, который можно назвать «медикализацией внушения». До Месмера внушение и транс существовали преимущественно в рамках религиозного, магического или культурного поля; после Месмера они становятся предметом медицинских практик, полемик и экспертиз. В XIX веке этот процесс приведёт к разделению на школы и к появлению более строгих клинических моделей гипноза, в том числе в рамках неврологической традиции, связанной с именем Ж.-М. Шарко, и психологической традиции Нанси, связанной с А. Льебо и И. Бернгеймом (Charcot J.-M., 1882; Bernheim H., 1886). Именно к этому этапу мы переходим в следующей подглаве, где будет показано, как гипноз из полупубличного феномена «магнетических» салонов превращается в объект клиники, наблюдения и нозологического мышления, а также как вокруг него формируются различные модели — от «неврологической» до «суггестивной», определившие дальнейшую судьбу гипнотерапии в психиатрии и психологии.

1.3. Классическая неврологическая школа и гипноз

Если месмеризм обозначил момент «медикализации вну-

шения», то вторая половина XIX века стала эпохой его строгой клинической специализации. Именно тогда гипноз окончательно входит в поле неврологии и психиатрии как предмет наблюдения, демонстрации, классификации и дискуссии о нозологическом статусе. Поворот к неврологической школе был обусловлен общим развитием клинической медицины: формировались стационары нового типа, возникала культура клинических разборов, демонстраций на пациентах, становились центральными методы описательной феноменологии и сопоставления симптомов с предполагаемыми механизмами. В этой атмосфере гипноз перестал быть «внешним» по отношению к клинике феноменом, происходящим в салонах, религиозных собраниях или в маргинальных лечебных практиках, и стал частью систематического разговора о природе истерии, диссоциации и функциональных расстройств (Charcot J.-M., 1882; Ellenberger H.F., 1970).

Классическая неврологическая линия развития гипноза связана с парижской школой Сальпетриер и именем Жана-Мартена Шарко. Шарко рассматривал гипноз не как универсальное состояние, доступное каждому при определённых условиях, а как феномен, тесно связанный с истерией и патологической нервной организацией. В рамках этой концепции гипноз выступал, по сути, как «экспериментальная модель» истерии: с его помощью можно было вызывать и воспроизводить параличи, анестезии, судорожные феноме-

ны, амнезии и иные проявления, которые наблюдались у пациентов вне гипнотического состояния. Так гипноз становился инструментом демонстрации того, что симптом может возникать не вследствие органического поражения, а вследствие функциональных механизмов, связанных с нервной регуляцией и психическими процессами (Charcot J.-M., 1882; Goetz C., Bonduelle M., Gelfand T., 1995). Важно подчеркнуть, что этот подход, хотя и ограничивал гипноз рамками истерии, одновременно выводил его из области «тайного влияния» и помещал в пространство клинического эксперимента: если феномен поддаётся воспроизведению и наблюдению, он становится предметом научной дисциплины.

Однако именно здесь возникла одна из центральных проблем гипнотерапии, сохраняющаяся и сегодня: проблема интерпретации наблюдаемого эффекта. В сальпетриерской традиции гипноз часто описывался через трёхфазную схему (летаргия, каталепсия, сомнамбулизм) и связывался с неврологическим субстратом и «истерической конституцией». В современной перспективе, очевидно, что значительная часть феноменологии, демонстрируемой на публичных лекциях, была усилена контекстом ожиданий, внушением и особенностями взаимоотношений врача и пациентки, то есть теми факторами, которые позднее будут названы социально-психологическими и контекстными детерминантами гипноза (Bernheim H., 1886; Gauld A., 1992). Иными словами, неврологическая школа одновременно сделала гипноз науч-

но видимым и породила риск «переописания» феномена в терминах, которые отражали не столько универсальную природу гипноза, сколько особенности конкретной клинической сцены, культурного контекста и ролевого распределения в лечебном учреждении.

Наиболее продуктивным следствием сальпетриерского периода стало то, что гипноз оказался прочно связан с тем кругом клинических явлений, которые позже будут описаны как диссоциативные и конверсионные расстройства. Шарко и его ученики, обсуждая истерию, фактически исследовали формы функционального расщепления психических и телесных процессов: нарушение чувствительности при сохранности периферических путей, паралич при отсутствии органического поражения, амнезии и автоматизмы, которые сегодня интерпретируются в рамках диссоциативной психопатологии (Janet P., 1889; Ellenberger H.F., 1970). Именно здесь оформляется ключевой для клинической гипнотерапии тезис: внушение и гипнотические процедуры способны не только менять субъективное переживание, но и моделировать телесные и неврологоподобные симптомы. Эта связь будет напрямую важна в последующих разделах книги, когда мы будем обсуждать функциональные расстройства, психосоматику и клиническую работу с симптомом, а также различение нормы и патологии в изменённых состояниях сознания.

Практически одновременно с парижской неврологиче-

ской линией развивается школа Нанси, связанная с Амбруазом Льебо и Ипполитом Бернгеймом. В отличие от Шарко, представители школы Нанси утверждали, что гипноз является следствием внушения и психологических механизмов, а не специфическим проявлением истерии. В их понимании гипноз — это не «болезнь», а универсальная способность психики, различающаяся по степени у разных людей. Именно Бернгейм сформулировал один из наиболее влиятельных тезисов в истории гипнотерапии: суггестия является центральным механизмом гипнотических феноменов, а гипноз — лишь частный случай внушаемости, усиленной определёнными условиями (Bernheim H., 1886; Liébeault A., 1866). Эта позиция имела далеко идущие последствия. Во-первых, она отделяла гипноз от узкой связи с истерией и открывала путь к терапевтическому применению в широкой клинической практике. Во-вторых, она ставила на первый план отношения врача и пациента, ожидания и смысловую рамку, тем самым предвосхищая современные модели контекстных факторов психотерапии (Frank J.D., Frank J.B., 1991). В-третьих, она задавала новую методологическую трудность: если гипноз объясняется внушением, то границы между гипнотерапией и другими психотерапевтическими методами становятся менее очевидными, и возникает вопрос о специфичности гипнотического вмешательства.

Противостояние Сальпетриер и Нанси нередко описывают как спор между «неврологической» и «психологической»

моделями гипноза. Однако для научно-практического анализа важнее видеть, что обе школы внесли вклад в разные измерения будущей клинической гипнотерапии. Парижская линия дала глубокую феноменологию диссоциативных и конверсионных проявлений и показала, что внушение может иметь телесно-симптоматическую силу. Нансийская линия обосновала роль психологических механизмов и приблизила гипноз к терапии, переводя его из разряда «экзотической патологии» в область систематической клинической практики (Gauld A., 1992; Ellenberger H.F., 1970). В совокупности именно эта диалектика двух школ создала интеллектуальную архитектуру, внутри которой гипноз мог стать медицинским методом: он оказался одновременно связанным с психопатологией и пригодным для терапии, одновременно зависимым от субъективных факторов и подлежащим клиническому наблюдению.

В дальнейшем развитие гипноза как клинического инструмента было тесно связано с формированием понятия диссоциации и с работами Пьера Жане, который, опираясь на клинический материал истерии и гипнотические феномены, предложил теоретическую модель расщепления психических функций и автономных подсистем сознания. Жане, в отличие от более грубых физиологических интерпретаций, стремился описать закономерности «психической автоматизации», фиксируя, что определённые переживания, воспоминания и формы поведения могут функционировать

вне поля обычного самосознания, но сохранять причинную активность, проявляясь в симптомах (Janet P., 1889; Ellenberger H.F., 1970). Для современной клинической гипнотерапии этот вклад принципиален: гипноз оказывается не просто «сном» или «особыми фазами», а способом работы с разделёнными, неинтегрированными фрагментами опыта, что особенно важно при лечении травматических состояний, диссоциативных симптомов и функциональных нарушений. В терминах современной классификации психических расстройств, многие из этих феноменов будут описываться как диссоциативные расстройства в МКБ-10/11, а также как состояния, в которых роль внушения, внимания и контекста особенно велика .

С клинико-диагностической точки зрения этот период также важен тем, что он подготовил почву для различения двух классов феноменов, которые и сегодня нередко смешиваются в публичных дискуссиях о гипнозе. Первый класс — это гипноз как изменённое состояние сознания, сопровождающееся изменением внимания, восприятия и саморефлексии. Второй класс — это гипноз как инструмент внушения, то есть метод, позволяющий формировать новые установки, модифицировать симптомы и запускать определённые психофизиологические реакции. Неврологическая школа особенно подчеркнула первый аспект, стремясь описывать и классифицировать состояние; школа Нанси — второй, рассматривая гипноз как средство терапевтического влияния.

Современная клиническая гипнотерапия, если она претендует на профессиональную зрелость, вынуждена удерживать оба измерения одновременно: терапевтическое действие не сводится ни к «глубине транса», ни к «силе внушения», а реализуется на их пересечении, где роль играет и состояние пациента, и смысловое содержание вмешательства, и качество отношений, и клинический контекст (Hilgard E.R., 1977; Spiegel H., Spiegel D., 2004).

Не менее значимой особенностью классического неврологического этапа была институциональная форма знания. Гипноз развивался не только как метод, но и как публичная демонстрация, а демонстрация неизбежно меняет феномен. Публичная клиника XIX века, особенно в условиях Сальпетриер, была пространством, где пациент становился «носителем» клинической истины, а врач — её интерпретатором. В такой сцене усиливаются ролевые ожидания, повышается вероятность подстройки симптомов под ожидания аудитории, возрастает внушаемость и изменяется спонтанность поведения. Эти факторы впоследствии станут частью критического анализа классической школы: феномены гипноза часто оказываются не только свойством пациента, но и продуктом клинической культуры и взаимодействия (Ellenberger H.F., 1970; Gauld A., 1992). Для современной гипнотерапии это имеет прямое практическое значение: терапевт обязан осознавать, что он не просто «наблюдает» феномен, но и участвует в его формировании; следовательно, метод требует бо-

лее высокой рефлексивности, чем многие сугубо технические медицинские процедуры.

Классическая неврологическая школа повлияла и на дальнейшую судьбу гипноза в психиатрии через формирование амбивалентного отношения к нему. С одной стороны, гипноз стал инструментом исследования истерии и функциональных расстройств и оказал заметное влияние на развитие психопатологии. С другой стороны, тесная связь с истерией и с публичными демонстрациями породила скепсис и опасение, что гипноз является либо «театром», либо формой манипуляции. Именно эта амбивалентность позднее станет одним из факторов, подготовивших переход части исследователей к другим методам работы с бессознательным и симптомом, включая ранний психоанализ. В таком контексте становится понятным, почему в конце XIX века гипноз, достигнув пика клинической популярности, одновременно становится объектом критики и переосмысления, а дискуссия о нём перемещается из неврологии в область психологических теорий личности и психотерапевтических методов (Freud S., 1895; Ellenberger H.F., 1970).

В отечественной медицине конца XIX — начала XX века аналогичные процессы разворачивались с учётом собственных научных традиций. Внушение и гипноз рассматривались не только как клинические феномены, но и как предмет общей психологии и физиологии высшей нервной деятельности. В.М. Бехтерев, развивая объективно-психологи-

ческий подход, трактовал внушение как закономерный механизм психического влияния, а не как исключение, связанное с «истерической болезнью» (Бехтерев В.М., 1903). И.П. Павлов, хотя и не был «гипнотерапевтом» в клиническом смысле, оказал огромное влияние на представления о гипнотических состояниях, связав их с процессами торможения и фазовыми состояниями коры, что позволило по-новому интерпретировать как сон, так и гипноз в физиологическом языке (Павлов И.П., 1923). Эти отечественные линии важны для нашей монографии по двум причинам. Во-первых, они демонстрируют, что гипноз может быть включён в строгую научную картину без обращения к мистификации. Во-вторых, они показывают, что гипноз — это не изолированная «техника», а окно в общие механизмы регуляции сознания и поведения, что будет принципиально в Отделе II при обсуждении нейропсихологии и психофизиологии гипноза.

Связь классической школы с современной психиатрической классификацией прослеживается через понятие диссоциативной и конверсионной симптоматики. В МКБ-10 диссоциативные (конверсионные) расстройства включают феномены, которые исторически рассматривались в поле истерии, включая нарушения движений, чувствительности, амнезии и трансовые состояния, при условии отсутствия органического субстрата и наличия связи с психогенными факторами. МКБ-11 сохраняет диссоциативный спектр, уточняя диагностические критерии и подчёркивая необходимость

клинической дифференциации культурных форм транса и патологических состояний . Тем самым современные классификации в известной мере «переписывают» наследие XIX века в более строгих терминах, но не отменяют его. Это означает, что современный гипнотерапевт, работающий в психиатрии и клинической психологии, неизбежно вступает в диалог с классической традицией: многие феномены, которые гипноз способен модулировать, исторически были описаны именно как истерические и диссоциативные. Следовательно, гипнотерапия должна быть встроена в нозологическое мышление, чтобы не подменять диагностику эффектным вмешательством и не игнорировать риски, связанные с тяжёлой психопатологией, где внушение может усиливать дезорганизацию или поддерживать симптомообразование.

В результате классический неврологический этап можно рассматривать как момент взросления гипноза. Он перестал быть «гипотезой о флюиде» и стал клинической технологией, связанной с наблюдаемыми симптомами; он перестал быть исключительно индивидуальным опытом и стал предметом институциональной медицины; он перестал быть только терапией и стал также исследовательским инструментом. Именно эта двойственность — терапия и эксперимент — окажется решающей и для дальнейшего развития гипнотерапии в XX веке, когда метод будет то возвращаться в клинику (например, в работе с болью и функциональными расстройствами), то отступать под давлением новых теорий и

фармакотерапии, то вновь обретать легитимность в рамках нейронаучных исследований сознания и внимания (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Переход к следующей подглаве логически обусловлен самим историческим движением: критика и ограниченность неврологической трактовки гипноза как «привилегии истерии», а также стремление понять бессознательные механизмы симптома и лечения приводят к формированию психоаналитического подхода, который исторически возник в непосредственном контакте с гипнотической практикой. В подглаве 1.4 будет показано, каким образом гипноз стал одним из источников психоанализа, почему часть психоаналитиков отказалась от него, и как этот отказ парадоксально повлиял на дальнейшую судьбу гипнотерапии в психиатрии и психологии (Freud S., 1895; Ellenberger H.F., 1970).

1.4. Гипноз и становление психоанализа

История психоанализа, каким бы автономным и самодостаточным он ни представлялся в ретроспективе, начинается в непосредственном соприкосновении с гипнотической практикой и с тем кругом клинических вопросов, которые гипноз впервые сделал наблюдаемыми и концептуализируемыми. Становление психоанализа в конце XIX века было не только теоретическим переворотом, но и своеобразной «ме-

тодологической эмиграцией» из гипноза: значительная часть будущих психоаналитических понятий формировалась как ответ на ограничения гипнотического лечения, на феномены сопротивления и переноса, а также на проблему устойчивости результатов при работе с истерическими и диссоциативными симптомами (Фрейд З., 1895; Ellenberger H.F., 1970). В этом смысле психоанализ и гипноз нельзя рассматривать как два независимых метода; корректнее видеть в них исторически связанные формы клинического мышления, где разрыв между ними был обусловлен не отрицанием феномена внушения, а попыткой создать иной способ доступа к бессознательному и иной стандарт терапевтической валидности.

Ранний профессиональный путь З. Фрейда демонстрирует, насколько тесно переплелись гипнотическая практика и поиски новой теории психопатологии. Обучение у Ж.-М. Шарко в Париже укрепило интерес Фрейда к истерии и к функциональным симптомам, а также к идее, что психическое воздействие способно вызывать и модифицировать телесные проявления, не имеющие органического субстрата (Charcot J.-M., 1882; Фрейд З., 1895). При этом Фрейд, как и многие клиницисты того времени, столкнулся с ограничениями неврологической модели гипноза, связывавшей его преимущественно с истерией и «патологической внушаемостью». Параллельно воздействие нансийской школы, прежде всего, И. Бернгейма, способствовало более психо-

логическому пониманию внушения и гипноза как универсального механизма, основанного на ожиданиях, доверии и на особенностях межличностного влияния (Bernheim H., 1886; Ellenberger H.F., 1970). Для будущего психоанализа эта двойная перспектива оказалась решающей: с одной стороны — клиническая реальность симптома как функционального феномена, с другой — методологическое осознание того, что «лечебная сила» врача не может быть описана только физиологическими метафорами и неизбежно содержит психологические и коммуникативные компоненты.

Непосредственным преддверием психоаналитического метода стала совместная работа Й. Брейера и З. Фрейда, известная как «Исследования истерии». Здесь гипнотическая техника использовалась как средство доступа к забытым или вытесненным переживаниям, которые рассматривались как причинно значимые для симптомообразования (Фрейд З., Брейер Й., 1895). Так называемый катартический метод предполагал, что в изменённом состоянии сознания пациент способен воспроизвести травматический эпизод, связанный с возникновением симптома, и «разрядить» аффект, который был связан с этим эпизодом. Важно отметить, что данная модель уже содержала два ключевых элемента будущего психоанализа: во-первых, признание того, что симптом имеет смысловую и историческую обусловленность в биографии пациента, и, во-вторых, допущение существования психических процессов, находящихся вне непо-

средственного сознательного контроля. При этом гипноз выступал как технический мост между наблюдаемой симптоматикой и гипотетическим бессознательным содержанием, делая возможным клинический «доступ» к тому, что иначе не поддавалось вербализации (Фрейд З., Брейер Й., 1895; Ellenberger H.F., 1970).

Однако именно в этой точке обнаружились ограничения гипнотической практики, которые и спровоцировали методологический разрыв. Во-первых, гипноз оказался неравномерно применим: часть пациентов гипнотизировалась легко, часть — с трудом, часть демонстрировала феномены, зависящие от ситуации и взаимоотношений, что снижало воспроизводимость и делало лечение зависимым от личностного стиля врача (Hilgard E.R., 1977; Spiegel H., Spiegel D., 2004). Во-вторых, выяснилось, что доступ к травматическому материалу под гипнозом не гарантирует устойчивого терапевтического эффекта. Снятие симптома могло быть временным, происходила замена симптома, а также возникали феномены, которые позже будут описаны как сопротивление: пациент либо избегал определённых тем, либо формально соглашался, но не изменялся, либо переносил на врача аффекты, не соответствующие реальности текущего взаимодействия (Фрейд З., 1912). В-третьих, гипноз в форме прямого внушения мог непреднамеренно «закрывать» клиническое понимание, подменяя исследование внутренних конфликтов готовыми формулами, которые пациент прини-

мал в изменённом состоянии сознания, но не интегрировал в структуру личности.

Из этих клинических наблюдений постепенно выросли центральные понятия психоанализа. Феномен переноса, который в гипнотической практике часто маскируется авторитетом и директивностью терапевта, в психоаналитическом подходе становится системообразующим: отношения пациента с врачом трактуются как повторение ранних объектных связей и как канал, через который бессознательное становится доступным наблюдению (Фрейд З., 1912; Laplanche J., Pontalis J.-B., 1967). Феномен сопротивления, который в гипнозе нередко воспринимался как «плохая гипнабельность» или «недостаточная внушаемость», в психоанализе становится фундаментальным законом психической защиты: пациент не просто «не поддаётся», он активно защищает определённую организацию личности и определённые способы переживания, и именно эта защита должна быть понята, а не сломлена (Фрейд З., 1926). Наконец, идея бессознательного получает новую операциональную форму: вместо гипнотического «воспоминания» как особого доступа к скрытому материалу появляется метод свободных ассоциаций, позволяющий наблюдать закономерности мыслительного потока без введения пациента в искусственно изменённое состояние (Фрейд З., 1900).

Отказ Фрейда от гипноза исторически нередко трактовали как окончательное «развенчание» гипнотерапии. Однако

более точная клинико-историческая интерпретация показывает, что речь шла не о простом отрицании эффективности, а о смене эпистемологического идеала. Гипноз в классической форме давал быстрый доступ к симптоматике и иногда — быстрый эффект, но его результаты казались недостаточно объяснимыми и недостаточно устойчивыми, а механизм — слишком зависящим от личности врача. Психоанализ предложил иной стандарт: медленное, но системное изменение через понимание структуры конфликта, через работу с переносом и через интерпретацию, а не через внушение (Ellenberger H.F., 1970; Gay P., 1988). При этом важно подчеркнуть, что психоанализ сохранил в себе элементы гипнотической логики, хотя и трансформировал их. Внушение не исчезло из терапии; оно стало более тонким, опосредованным, встроенным в интерпретацию, в ожидания и в символическую структуру общения, что современная психотерапия признаёт как общий фактор большинства методов лечения (Frank J.D., Frank J.B., 1991; Wampold B.E., 2015).

Парадоксальная роль психоанализа в судьбе гипнотерапии состоит в том, что он одновременно способствовал её маргинализации и её концептуальному углублению. Маргинализация произошла потому, что психоанализ в первой половине XX века во многих странах занял статус доминирующей психотерапевтической парадигмы, а гипноз стал восприниматься либо как примитивная техника «симптоматического лечения», либо как манипулятивная практи-

ка, недостаточно уважающая автономию пациента. Концептуальное углубление произошло потому, что психоанализ ввёл в клинический язык те феномены, без которых современная гипнотерапия остаётся психологически наивной: перенос, контрперенос, сопротивление, защитные механизмы, а также значение терапевтической рамки и символического смысла вмешательства (Фрейд З., 1912; Kernberg O.F., 1975). В современной клинической гипнотерапии, особенно в её интегративных формах, эти идеи фактически возвращаются, поскольку без их учёта внушение рискует стать либо поверхностным, либо травматичным, либо краткосрочным.

Связь гипноза, психоанализа и современной психиатрической нозологии особенно заметна в области диссоциативных и конверсионных расстройств, которые исторически описывались в поле истерии, а сегодня диагностируются в рамках МКБ-10/11. Психоанализ предложил модель, в которой функциональные симптомы понимаются как выражение внутреннего конфликта и как компромиссное образование между запретом и желанием, тогда как гипнотическая традиция демонстрировала, что симптом может возникать и исчезать под влиянием внушения и контекста (Фрейд З., 1895; Janet P., 1889). Современная классификация, хотя и избегает метатеорий, фиксирует сам факт существования клинических феноменов, где психогенные механизмы и диссоциация играют ключевую роль: диссоциативные (конверсионные) расстройства в МКБ-10 и диссоциативные расстрой-

ства в МКБ-11 предполагают необходимость тонкого клинического различения между культурно санкционированными изменёнными состояниями, функциональными симптомами и психотическими состояниями, где внушение может быть небезопасным . Для гипнотерапии это означает, что она должна существовать не «рядом» с диагностикой, а внутри диагностического мышления: гипноз может быть методом терапии при определённых расстройствах и состояниях, но он не является универсальным ключом и тем более не может подменять клиническую оценку риска и структуры синдрома.

Особое значение для практики имеет и психоаналитическая критика прямого внушения как потенциально «обходящего» психическую работу пациента. Эта критика не должна восприниматься как запрет на внушение, но она задаёт важный клинический критерий: внушение становится терапевтическим тогда, когда оно способствует интеграции опыта, укреплению Я-функций и развитию способности к саморегуляции, а не тогда, когда оно временно подавляет симптом ценой усиления зависимости от терапевта или ценой вытеснения более глубокого конфликта. В более современных терминах это можно выразить так: гипнотерапия должна быть ориентирована не только на редукцию симптома, но и на изменение поддерживающих механизмов, включая катастрофизацию, избегание, диссоциативную регуляцию аффекта и искажённые формы самоотношения. Этот тезис бу-

дет принципиален в Отделе V, где мы будем обсуждать гипнотерапию при тревожных расстройствах, депрессии, психосоматике и зависимостях, а также в Отделе IV, где будут представлены клинические принципы безопасного формирования постгипнотических внушений и интеграции эффекта (Япко М., 2012; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Наконец, историческая связь гипноза и психоанализа имеет значение для понимания статуса субъективности в психиатрии. Психоанализ радикально подчеркнул, что смысл, история и отношения являются не внешними по отношению к симптомам, а внутренними для них. Гипноз, в свою очередь, показал, что слова, ожидания и контекст способны модифицировать не только переживание, но и телесные параметры, внимание и даже болевую чувствительность, что позднее подтвердится в исследованиях гипноаналгезии и контекстных эффектов лечения (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Поэтому современная клиническая гипнотерапия, если она претендует на научную состоятельность, должна принять двойную перспективу: признавать нейропсихологические механизмы изменённого внимания и диссоциации и одновременно учитывать психодинамическую реальность переноса, сопротивления и символического смысла. В этом соединении, а не в противопоставлении «внушения» и «анализа», формируется зрелая методология клинической гипнотерапии, ориентированная на эффективность и безопасность.

Логика исторического повествования приводит к следующей подглаве естественным образом. После того как психоанализ на несколько десятилетий оттеснил гипноз на периферию академической психиатрии и психологии, XX век принёс две взаимосвязанные тенденции: с одной стороны — усиление биологической психиатрии и фармакотерапии, что вновь сузило пространство для гипнотерапии, с другой — постепенную реабилитацию гипноза в рамках научной психологии, медицины боли, психосоматики и нейронаук, где гипнотерапия стала рассматриваться как специфическая технология регуляции внимания и опыта. Именно эта сложная судьба — от запрета и скепсиса к новой легитимации — будет рассмотрена в подглаве 1.5 (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013).

1.5. Судьба гипноза в XX – XXI веках: от запрета к реабилитации

История гипноза в XX–XXI веках разворачивается как последовательность институциональных подъемов и спадов, в которой клиническая эффективность метода неоднократно вступала в противоречие с доминирующими научными парадигмами и профессиональными нормами. Если в конце XIX века гипноз был предметом интенсивных клинических

демонстраций и теоретических споров, то в первой половине XX века он во многих странах оказался вытеснен на периферию академической психиатрии и психологии. Это вытеснение не было обусловлено исчезновением гипнотических феноменов или полной утратой терапевтической ценности; оно отражало смену эпистемологических идеалов и профессиональных интересов, а также страхи, связанные с внушением, контролем и границами терапевтической власти (Ellenberger H.F., 1970; Gauld A., 1992).

На раннем этапе XX века основным конкурентом гипноза становится психоанализ, который предложил более развернутую теорию личности и психопатологии и, что особенно важно, новый стандарт терапевтической легитимности, основанный на интерпретации, переносе и длительной работе с внутренним конфликтом. В этой рамке гипноз воспринимался как метод, склонный к симптоматическому «быстрому эффекту», потенциально обходящий глубинные механизмы и создающий риск внушённых решений, которые не интегрируются в структуру личности (Фрейд З., 1912; Freud S., 1912). Параллельно происходило становление экспериментальной психологии и бихевиоризма, для которых гипноз, с его субъективной феноменологией, зависимостью от контекста и трудностями стандартизации, представлялся неудобным объектом исследования. Там, где наука стремилась к наблюдаемому поведению и измеряемым реакциям, гипноз требовал обращения к переживанию, смыслу и отношениям,

то есть к тем компонентам, которые в первой половине XX века часто объявлялись «ненаучными» (Hilgard E.R., 1977; Barber T.X., 1969).

Важным фактором скепсиса стала и неоднозначность клинической сцены гипноза, унаследованная от XIX века. Публичные демонстрации, эффектные феномены каталепсии и амнезии, а также бытовавшие представления о «гипнотическом контроле» поддерживали ассоциации гипноза с манипуляцией и театральностью. В медицинской среде возникала настороженность: если метод зависит от внушения, то как отличить лечение от навязывания, а терапию — от злоупотребления властью? Вопрос был не только этическим, но и профессионально-политическим: гипноз легко становился инструментом внеакадемических практиков, что усиливало потребность официальной медицины дистанцироваться от него ради сохранения границ профессии (Gauld A., 1992; Spiegel H., Spiegel D., 2004). Таким образом, «запрет» или фактическое вытеснение гипноза в ряде контекстов следует понимать не как чисто научное решение, а как результат сложного взаимодействия научной методологии, культурных страхов и институциональной самоидентификации медицины.

Тем не менее уже в первой половине XX века гипноз продолжал существовать в клинических нишах, где его практическая ценность была слишком очевидна, чтобы исчезнуть. К таким нишам относились, прежде всего, медицина

боли, стоматология, акушерство, а также работа с функциональными симптомами и психосоматическими состояниями, где внушение и регуляция внимания давали эффекты, трудно достигаемые иными средствами при тогдашнем уровне фармакотерапии (Hilgard E.R., 1977; Spiegel H., Spiegel D., 2004). Существенную роль сыграли также военные контексты, в которых потребность в быстрых вмешательствах при острых стрессовых реакциях и травматических переживаниях стимулировала интерес к методам краткосрочной психотерапии и к техникам, способным облегчать симптомы без длительной реконструкции личности. В этих условиях гипноз часто выступал как инструмент стабилизации и работы с травматическими воспоминаниями, хотя именно здесь впоследствии возникнут и наиболее острые этические дискуссии о риске внушённых воспоминаний и о границах терапевтического влияния (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Loftus E.F., 1993).

Поворот к научной реабилитации гипноза во второй половине XX века связан с тем, что гипноз постепенно перестал быть исключительно клинической техникой и стал объектом строгих экспериментальных исследований. Одним из наиболее влиятельных исследовательских направлений стала «неодиссоциативная» традиция, связанная с Э. Хилгардом, предложившим концепцию разделения контролирующих систем сознания и описавшим гипноз как особую организацию внимания и контроля, допускающую па-

раллельность процессов и феномены «скрытого наблюдателя» (Hilgard E.R., 1977). Эта традиция оказала двойное воздействие: с одной стороны, она укрепила представление о гипнозе как о специфическом состоянии с закономерной феноменологией, с другой — она создала язык, пригодный для операционализации и экспериментального тестирования, что было критически важно для признания гипноза в академической психологии.

Одновременно развивалась «социокогнитивная» линия, подчеркивавшая роль ожиданий, ролевого поведения и контекстных факторов, и в ряде интерпретаций минимизировавшая необходимость постулировать особое состояние сознания. В этой перспективе гипнотические феномены рассматривались как результат взаимодействия мотивации, установок, внушения и социального контекста, а гипноз — как особая форма выполнения внушаемых задач в условиях определённой рамки (Barber T.X., 1969; Kirsch I., 1994). На первый взгляд эти подходы противоречили друг другу, однако в долгосрочной перспективе именно их конкуренция усилила научную зрелость области: гипноз перестал быть объектом «единственной правильной теории» и стал полем проверяемых гипотез о соотношении состояния и контекста, нейропсихологических механизмов и межличностной динамики (Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

В клинической практике второй половины XX века прин-

ципиальную роль сыграло развитие эриксоновской традиции, связанной с Милтоном Эриксоном. Эриксон предложил модель гипноза, в которой директивное внушение уступало место индивидуализации, метафоре, косвенному воздействию и активному использованию ресурсов личности. В отличие от классических представлений о гипнозе как о «состоянии подчинения», эриксоновский подход подчеркивал сотрудничество, терапевтический альянс и возможность интеграции гипноза с другими психотерапевтическими методами (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Япко М., 2012). Важно, что эта линия способствовала де-стигматизации гипноза в профессиональной среде: гипнотерапия стала восприниматься не как «психологическое насилие», а как форма коммуникации и фокусировки внимания, совместимая с современными этическими стандартами и ориентированная на автономию пациента.

Параллельно происходила институциональная нормализация гипноза. Возникали профессиональные общества, стандарты обучения, клинические рекомендации и попытки определить границы компетенции. Именно в этой точке «реабилитация» гипноза начинает приобретать конкретный, практический смысл: метод перестаёт быть областью индивидуальных харизматиков и становится предметом профессиональной подготовки и научной экспертизы (Spiegel H., Spiegel D., 2004). В отечественной традиции аналогичные процессы разворачивались в собственном культурном

и медицинском контексте, где внушение и гипнотерапия, с одной стороны, находили поддержку в физиологической и психотерапевтической школе, а с другой — могли приобретать форму массовых практик, включая суггестивные вмешательства при зависимостях. Это обстоятельство усиливало значимость вопроса о стандартах, этике и научной ответственности, поскольку один и тот же механизм внушения может служить как клинической помощи, так и инструментом некритической популяризации (Павлов И.П., 1923; Рожнов В.Е., 1985).

К концу XX века особую роль в судьбе гипноза сыграли две взаимосвязанные дискуссии, каждая из которых, парадоксальным образом, одновременно осложняла и укрепляла его научный статус. Первая дискуссия касалась памяти и внушаемости. Развернувшийся в 1990-е годы спор о «восстановленных воспоминаниях» показал, что методы, усиливающие образность и доверие к внутреннему опыту, могут повышать риск конфабуляций и ложных воспоминаний при некорректном применении. Исследования в области когнитивной психологии памяти продемонстрировали, что воспоминания подвержены реконструкции и влиянию внушения, что требует от гипнотерапевта строгой методологической и этической дисциплины, особенно при работе с травматическими темами и юридически значимыми вопросами (Loftus E.F., 1993; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). Вторая дискуссия касалась доказательности: гипноз всё чаще оце-

нивался не по впечатляющим клиническим рассказам, а по данным контролируемых исследований и метаанализов, что требовало стандартизации вмешательств и ясности критериев исхода.

Именно рубеж XX–XXI веков становится временем наиболее последовательной научной реабилитации гипноза, связанной с ростом клинических исследований в медицине боли, онкологии, психосоматике и тревожных расстройствах. Появляются метааналитические данные, свидетельствующие о полезности гипнотических вмешательств как самостоятельных или вспомогательных методов при ряде состояний, особенно в контекстах, где важны регуляция внимания, катастрофизация, аффективная модуляция и телесная симптоматика (Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013; Spiegel D., Greenleaf M., 2015). Это не означает универсальности метода, но указывает на его специфическую нишу: гипноз становится особенно релевантным там, где психофизиологическая регуляция и субъективное переживание являются ключевыми звеньями симптома, а также там, где комбинация психотерапии и медицины требует краткосрочных, безопасных и воспроизводимых вмешательств.

Реабилитация гипноза в XXI веке в значительной мере опирается на нейронауки и современные методы нейровизуализации, позволившие обсуждать гипнотические феномены в языке функциональных сетей мозга, внимания и контроля. Исследования с использованием ПЭТ и фМРТ пока-

зали, что гипнотические внушения могут сопровождаться специфическими изменениями активности в областях, связанных с обработкой боли, сенсорным восприятием и когнитивным контролем, что поддерживает представление о гипнозе как о состоянии, в котором перераспределение внимания и изменение смысловой рамки способны модифицировать нейронные процессы восприятия (Rainville P., Duncan G.H., Price D.D., Carrier B., Bushnell M.C., 1997; Faymonville M.E., Boly M., Laureys S., 2006). Эти данные имеют двоякое значение. Во-первых, они ослабляют упрощённую критику, сводящую гипноз к «притворству» или к чистой ролевой игре, поскольку демонстрируют корреляты, совместимые с реальными изменениями обработки стимулов. Во-вторых, они не снимают методологических проблем, поскольку нейровизуализация фиксирует корреляции, а не объясняет причинность и не отвечает на вопрос, какие именно компоненты гипнотического вмешательства являются специфическими: состояние, внушение, альянс, ожидание или комбинация этих факторов (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Важным современным итогом становится понимание гипноза как междисциплинарного объекта, который невозможно адекватно описать в рамках одной модели. Клиническая гипнотерапия в XXI веке развивается в направлении интеграции: она соединяется с когнитивно-поведенческими подходами, с терапиями, ориентированными на осознанность и регуляцию внимания, с психодинамическими представлени-

ями о переносе и сопротивлении, а также с нейропсихологическими моделями контроля и диссоциации (Япко М., 2012; Spiegel D., Greenleaf M., 2015). Такая интеграция не является эклектикой; она отражает реальную сложность феномена, в котором психологические механизмы и нейробиологические процессы не конкурируют, а описывают разные уровни одного клинического события. Для психиатрии это особенно важно, поскольку именно здесь требуется постоянное соотнесение психотерапевтического вмешательства с нозологической диагностикой, рисками декомпенсации и необходимостью комбинировать методы лечения.

Связь современного этапа с МКБ-10/11 имеет не декоративный, а методологический характер. Международные классификации, хотя и не являются руководствами по терапии, фиксируют спектр состояний, где феномены диссоциации, транса и внушаемости имеют диагностическое значение, а также задают рамку клинической дифференциации. В МКБ-10 расстройства транса и одержимости отнесены к диссоциативным (конверсионным) расстройствам при условии клинической значимости и выхода за рамки культурно одобряемых практик . В МКБ-11 диссоциативные расстройства уточняются, а различение нормы и патологии в изменённых состояниях сознания приобретает ещё большую важность, поскольку клиническая практика сталкивается с разнообразием культурных контекстов и с рисками гипердиагностики или, напротив, игнорирования тяжёлых состояний . Для гип-

нотерапевта это означает необходимость двойной компетенции: владение техникой гипноза должно сопровождаться диагностической грамотностью, позволяющей различать диссоциативные феномены, тревожные состояния, психотические расстройства и личностную патологию, где суггестивные вмешательства могут иметь неодинаковый профиль риска.

Таким образом, судьба гипноза в XX–XXI веках может быть описана как движение от культурно и профессионально обусловленного подозрения к ограниченной, но устойчивой научной легитимации. Запрет или вытеснение гипноза в первой половине XX века отражали стремление медицины и психологии защитить себя от методов, которые казались слишком зависимыми от субъективности и слишком уязвимыми для злоупотреблений. Реабилитация во второй половине XX и в XXI веке стала возможной тогда, когда гипноз был включён в экспериментальную психологию, нейронауки и клинические исследования, а также когда были сформированы профессиональные стандарты и этические рамки, позволяющие удерживать внушение как инструмент терапии, а не как средство доминирования. Это движение, однако, не завершено: гипноз продолжает оставаться «пограничным объектом» между состоянием и контекстом, между нейробиологией и смыслом, между медицинской процедурой и психотерапевтическими отношениями. Именно поэтому в последующих главах книги потребуется не истори-

ческий, а концептуальный язык, позволяющий строго разграничить термины, определить объект гипноза, описать его формы и установить рамки клинического применения. Этому и будет посвящена следующая глава, где мы перейдём от истории к понятийному аппарату: что именно мы называем гипнозом, трансом, внушением и диссоциацией, и как эти понятия соотносятся с клинической практикой и классификацией психических расстройств (Hilgard E.R., 1977; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Глава 2. Понятие гипноза: терминология, определения, классификации

2.1. Гипноз, транс, внушение, диссоциация: разграничение понятий

Переход от исторического обзора к понятийной главе является методологически необходимым, поскольку судьба гипнотерапии в психиатрии и психологии во многом определялась не столько клинической эффективностью, сколько терминологической неопределённостью. На протяжении двух столетий одни и те же явления назывались разными словами, а разные феномены объединялись под одним термином «гипноз». В результате профессиональная дискуссия нередко превращалась в спор не о клинической реальности, а о языке, то есть о том, что именно считается предметом обсуждения. Для клинического применения гипнотерапии это имеет прямое значение: неверное разграничение терминов приводит к ошибкам диагностики, к смешению терапевтических механизмов и к недооценке рисков, особенно в тех областях, где изменённые состояния сознания пересекаются

с диссоциативной психопатологией и с психотическими феноменами .

В данной подглаве предпринимается попытка строгого разграничения четырёх центральных понятий — «гипноз», «транс», «внушение» и «диссоциация» — с учётом исторических традиций, современной экспериментальной психологии и клинической психиатрии. При этом следует заранее обозначить принцип, который будет сохраняться на протяжении всей книги: ни одно из перечисленных понятий не является исчерпывающим объяснением других. Гипноз не сводим к внушению, хотя внушение — один из его ключевых механизмов. Транс не тождествен гипнозу, хотя гипноз может быть частным случаем трансовых состояний. Диссоциация не является обязательной характеристикой гипноза, но многие гипнотические феномены описываются наиболее адекватно именно через диссоциативную модель. И, наконец, внушение является универсальным психотерапевтическим и социально-психологическим явлением, присутствующим далеко за пределами гипноза, но в гипнозе оно приобретает особую интенсивность и клиническую управляемость (Bernheim H., 1886; Hilgard E.R., 1977; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Термин «гипноз» исторически нагружен метафорой сна, что отражено уже в происхождении слова, введённого Дж. Брейдом, который описывал гипноз как состояние «нервного сна» (Braid J., 1843; Gauld A., 1992). Однако современ-

ная наука и клиника считают такое отождествление некорректным. Гипноз не является сном ни в феноменологическом, ни в нейрофизиологическом смысле; он представляет собой особую организацию внимания, переживания и реагирования на внушение, которая может сопровождаться изменением восприятия, памяти, телесных ощущений и контроля над произвольными актами, но при этом сохраняет различные степени осознания и контактности. В профессиональном языке допустимо использовать определение, согласно которому гипноз — это процедура или контекст, в котором посредством определённой коммуникации и фокусировки внимания повышается вероятность специфических психофизиологических и поведенческих эффектов внушения (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Такое определение сознательно избегает утверждения о том, является ли гипноз «особым состоянием» в строгом смысле, поскольку этот вопрос остаётся предметом научной дискуссии; оно фиксирует клинически наблюдаемое: есть протокол, есть определённая рамка, есть повторяющиеся феномены и есть специфическая зависимость от внушения и контекста (Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Термин «транс», напротив, изначально менее связан с конкретной процедурой и более связан с описанием состояния. В широком культурном и антропологическом смысле транс обозначает изменённое состояние сознания, возникающее спонтанно или индуцированно, характеризующее-

ся сужением или перераспределением внимания, изменением самовосприятия и изменением связи между внутренним опытом и внешней реальностью. В клиническом контексте транс может означать множество состояний, от физиологических феноменов погружённости и абсорбции до диссоциативных эпизодов и патологических трансовых состояний, описываемых в рамках диссоциативных расстройств (Элиаде М., 1951; Janet P., 1889). Если гипноз можно рассматривать как особый клинически организованный «вид транса», то транс как категория шире: он включает не только гипноз, но и религиозно-экстатические переживания, медитативные состояния, феномены «потока» в деятельности, а также патологические состояния утраты контроля и амнезии. Отсюда следует практический вывод: не всякий транс является гипнозом, и не всякий гипноз обязательно переживается как выраженный транс; существуют гипнотические вмешательства, которые осуществляются при сохранении высокой контактности и ясности сознания, при этом демонстрируя выраженные эффекты внушения (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Япко М., 2012).

Термин «внушение» занимает в этой системе понятий особое место, поскольку он относится не к состоянию сознания и не к процедуре как таковой, а к механизму влияния. Внушение можно определить как процесс формирования или изменения переживаний, установок, ожиданий, поведения и телесных ощущений под воздействием комму-

никации и контекста, когда критическая оценка источника сообщения частично ослабляется или становится вторичной по отношению к эмоциональной убедительности, авторитету и смысловой рамке. Внушение является универсальным явлением социальной психологии и психотерапии, присутствуя в убеждении, в плацебо-эффектах, в терапевтическом альянсе и в культурных сценариях болезни и лечения (Bernheim H., 1886; Frank J.D., Frank J.B., 1991; Colloca L., Benedetti F., 2005). Именно поэтому внушение нельзя трактовать как «специфический» механизм исключительно гипноза. Скорее, гипноз представляет собой набор условий, при которых внушение становится более концентрированным, более управляемым и в ряде случаев более мощным, поскольку внимание пациента структурируется таким образом, что внутренние образы и ожидания приобретают характер «переживаемой реальности», а не просто мысли или воображения (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Клиническая практика заставляет различать внушение как «директивное» и как «косвенное», хотя это различие не является абсолютным. Директивное внушение предполагает явные формулировки ожидаемого эффекта, тогда как косвенное внушение реализуется через метафору, двусмысленность, выбор, импликации и иные формы коммуникации, в которых пациент становится соавтором смысла. Эриксоновская традиция, опираясь на клиническую индивидуализацию, показала, что косвенное внушение может быть не ме-

нее мощным, но более безопасным и более интегрируемым в структуру личности, особенно у пациентов с высоким уровнем сопротивления или с чувствительностью к прямому контролю (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Япко М., 2012). Важно, однако, подчеркнуть, что различение форм внушения не отменяет его общих закономерностей: любой суггестивный эффект неизбежно включает ожидание, доверие, интерпретацию и контекст, и именно поэтому внушение является не только техникой, но и этической проблемой.

Термин «диссоциация» исторически связан с клиническими исследованиями истерии и травмы, прежде всего, с работами П. Жане, который описал расщепление психических функций и существование автономных подсистем переживания и поведения, не интегрированных в единое самосознание (Janet P., 1889; Ellenberger H.F., 1970). В современной психиатрии диссоциация рассматривается как спектр феноменов, включающий деперсонализацию, дереализацию, амнезию, утрату контроля над действиями, а также более сложные формы расщепления идентичности. Важно, что диссоциация имеет как нормальные, так и патологические проявления. К нормальным относят, например, повседневные феномены автоматизма и погружённости, когда часть действий выполняется без явного осознания, а внимание сосредоточено на другом объекте. Патологическая диссоциация характеризуется страданием, нарушением функционирования и утратой интеграции между компонентами опыта,

что отражено в диагностических категориях диссоциативных расстройств в МКБ-10/11 .

Соотношение диссоциации и гипноза является одним из наиболее дискуссионных вопросов в науке о гипнозе. Неодиссоциативная теория Хилгарда рассматривала гипноз как форму разделения контроля, при которой часть психических процессов функционирует относительно автономно, что позволяет объяснять феномены амнезии, автоматизма и изменённой чувствительности (Hilgard E.R., 1977). Однако не всякий гипноз клинически проявляется как выраженная диссоциация, и не всякая диссоциация является гипнотической. В клинике часто наблюдается, что пациенты с высокой склонностью к диссоциации могут демонстрировать яркие гипнотические феномены, но также могут быть уязвимы к неблагоприятным эффектам внушения, включая усиление симптомообразования или формирование устойчивых интерпретаций, поддерживающих диссоциативную защиту. Поэтому в клинической гипнотерапии принципиально важно различать «управляемую, терапевтическую» диссоциацию, которая используется как ресурс, и «патологическую» диссоциацию, которая является частью синдрома и требует осторожности, структурирования и иногда приоритетной стабилизации (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008)

Именно на этом уровне становится видимой практическая причина терминологической дисциплины. Если гипноз

не различается с трансом, то любой эпизод изменённого сознания может ошибочно трактоваться как «гипнотический», что создаёт риск недооценки психопатологии, особенно при диссоциативных расстройствах, аффективной нестабильности и психотических состояниях. Если внушение не различается с гипнозом, то гипнотерапия становится неоправданно расширенной категорией, в которую включается всякое терапевтическое влияние, теряя специфику и превращаясь в неопределённый ярлык. Если диссоциация смешивается с гипнозом, то гипноз начинает восприниматься как патологический феномен, что исторически и произошло в эпоху сальпетриерской школы, хотя современная клиническая практика показывает, что гипнотические вмешательства могут быть безопасны и полезны при корректном отборе пациентов и этически выверенной процедуре (Charcot J.-M., 1882; Spiegel H., Spiegel D., 2004). Наконец, если транс трактуется как доказательство «психоза» или «одержимости», то клиницист рискует патологизировать культурные и личностные формы переживания, что противоречит принципам клинической диагностики и подходам международных классификаций, которые требуют различать культурно санкционированные практики и клинически значимые состояния .

Отдельного обсуждения требует вопрос о том, как соотносятся эти понятия с современными представлениями о психотерапии и доказательной медицине. Внушение и контекстные эффекты лечения являются универсальными ком-

понентами терапевтического процесса, включая фармакотерапию, где ожидания пациента и качество взаимодействия с врачом влияют на эффективность и переносимость лечения (Colloca L., Benedetti F., 2005). Гипноз в этом смысле может рассматриваться как метод, который делает контекстный компонент не скрытым фоном, а целенаправленным инструментом, позволяющим модифицировать восприятие, аффект и телесные ощущения посредством управляемой работы с вниманием и воображением. Диссоциация, в свою очередь, может быть и механизмом патологии, и механизмом терапии: в гипнотерапии она иногда используется как способ создать психологическую дистанцию к боли или тревоге, но одновременно она может поддерживать избегание и фрагментацию опыта, если терапия строится без интегративной фазы завершения и без укрепления Я-функций (Hilgard E.R., 1977; Япко М., 2012). Такой двойственный статус требует от клинициста не деклараций, а операциональных критериев, которые будут последовательно развёрнуты в последующих разделах книги, особенно в главах о показаниях и противопоказаниях, о технике гипнотической работы и о клинической интеграции результата.

В итоге можно утверждать, что корректное разграничение терминов служит не академической формальностью, а основой клинической безопасности и научной валидности. Гипноз в рамках настоящей монографии будет рассматриваться как клинически организованный контекст и процедура,

способствующие возникновению специфических эффектов внушения при особой конфигурации внимания и саморефлексии. Транс будет использоваться как более широкая категория изменённых состояний сознания, включающая гипноз как частный случай, но не исчерпывающаяся им. Внушение будет рассматриваться как механизм влияния, универсальный для психотерапии и медицины, но приобретающий в гипнотическом контексте повышенную эффективность и управляемость. Диссоциация будет описываться как феномен и механизм, способный быть как частью нормы и терапевтического ресурса, так и компонентом психопатологии, требующим диагностики в соответствии с МКБ-10/11 и осторожного клинического обращения.

Дальнейшее изложение потребует уточнения одного из центральных вопросов: является ли гипноз, прежде всего, «состоянием сознания» или «процедурой и процессом». Этот вопрос не может быть решён одним определением, и потому следующая подглава будет посвящена гипнозу как состоянию сознания, то есть феноменологии и критериям, по которым клиницист и исследователь могут говорить о наличии гипнотического состояния и о его границах (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

2.2. Гипноз как состояние сознания

Вопрос о гипнозе как о состоянии сознания является центральным не только для теории, но и для клинической практики, поскольку от ответа на него зависят критерии диагностики гипнотического состояния, логика выбора техник индукции и углубления, а также интерпретация терапевтического результата. Исторически гипноз то описывался как «особый сон», то как проявление истерии, то как продукт внушения и ролевых ожиданий, и каждая из этих интерпретаций формировала собственный язык описания и собственную систему доказательств (Braid J., 1843; Charcot J.-M., 1882; Bernheim H., 1886). Современная наука, особенно в области когнитивной психологии и нейронаук, предлагает более осторожную позицию: гипноз действительно может сопровождаться специфической феноменологией и воспроизводимыми психофизиологическими коррелятами, однако вопрос о том, является ли он «уникальным» состоянием, качественно отличным от других форм внимания и абсорбции, остаётся предметом дискуссии (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Для клинической гипнотерапии продуктивнее не решать этот спор декларативно, а использовать понятие «состояние гипноза» как клинико-феноменологическую конструкцию, позволяющую описывать устойчивый комплекс субъективных и поведенческих признаков, возникающих при определённой процедуре и имеющих терапевтическое значение.

Чтобы говорить о гипнозе как о состоянии сознания,

необходимо уточнить, что именно понимается под «сознанием» в клиническом и психологическом смысле. В практической психиатрии сознание традиционно описывается через ясность, ориентировку, уровень бодрствования, продуктивность контакта и способность к целенаправленной деятельности. В психологии и когнитивной науке сознание трактуется более широко: как поле субъективного опыта, включающее восприятие, внимание, саморефлексию, чувство авторства действий и доступность информации для произвольного контроля (James W., 1890; Baars B.J., 1988). Гипноз, в этом контексте, представляет интерес именно как состояние, в котором изменяются параметры внимания, саморефлексии и контроля, при относительном сохранении ориентировки и контакта. Это принципиально отличает гипноз от делирия, психотических состояний и грубых нарушений сознания, где утрачивается критика, нарушается ориентировка и страдает связь с реальностью. Гипнотическое состояние может включать снижение привычной критической оценки некоторых переживаний, но клинически зрелая гипнотерапия предполагает сохранение терапевтического союза, возможность прерывания процедуры и возвращение к обычной ясности без остаточных нарушений (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М., 2012).

Феноменологически гипноз как состояние сознания обычно описывается через три взаимосвязанных компонента: изменение внимания, изменение субъективной реально-

сти образов и изменение контроля над реакциями. Изменение внимания проявляется как его сужение и устойчивость, снижение отвлекаемости и повышенная абсорбция, то есть способность длительно удерживаться в определённом внутреннем или внешнем фокусе. Эта абсорбция не является уникальной для гипноза: она наблюдается и в чтении, и в музыке, и в творчестве, и в состоянии «потока». Однако в гипнозе она структурируется коммуникацией терапевта и получает направленность на терапевтические задачи: регуляцию симптома, модуляцию переживания, изменение телесных ощущений или формирование новых когнитивно-эмоциональных установок (Tellegen A., Atkinson G., 1974; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). Второй компонент связан с усилением чувственной убедительности воображаемого. В гипнозе образы, метафоры и представления могут переживаться не как «мысли о чём-то», а как «реально происходящее» в субъективном опыте, что делает возможной сенсорную и аффективную модуляцию, например в гипноанальгезии или при работе с тревожными сценариями (Hilgard E.R., 1977; Rainville P., Duncan G.H., Price D.D., Carrier B., Bushnell M.C., 1997). Третий компонент касается контроля и авторства. Многие гипнотические феномены включают переживание непроизвольности: человек ощущает, что реакция «происходит сама», что рука «становится лёгкой», что внимание «само» удерживается на голосе терапевта, что боль «отступает». Это переживание непроизвольности яв-

ляется важным диагностическим маркером гипнотического состояния, хотя и требует осторожной интерпретации: оно может быть результатом как реорганизации контроля, так и социально обусловленной интерпретации происходящего (Hilgard E.R., 1977; Kirsch I., 1994).

С научной точки зрения дискуссия о гипнозе как состоянии сознания концентрируется вокруг вопроса о специфичности. Сторонники «состояния» подчёркивают наличие устойчивой феноменологии, специфических коррелятов внимания и контроля, а также экспериментально воспроизводимых эффектов внушения, которые трудно объяснить только ролевой игрой или сознательным притворством (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Сторонники социокогнитивного подхода, напротив, акцентируют роль ожиданий, мотивации, установки, социального контекста и интерпретации инструкций, рассматривая гипноз как особый формат выполнения задач, а не как качественно иное состояние (Barber T.X., 1969; Kirsch I., 1994). Для клинической гипнотерапии продуктивным оказывается интегративное понимание: гипнотическое состояние следует рассматривать как динамическую конфигурацию, возникающую в определённом контексте, где и состояние внимания, и смысловая рамка, и ожидания, и альянс совместно формируют результат. Такое понимание снимает ложную дихотомию «или состояние, или внушение» и позволяет описывать гипноз как многокомпонентное клиническое событие,

в котором субъективность является не помехой, а объектом управления и терапии (Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008; Япко М., 2012).

Одним из наиболее трудных вопросов является операциональное определение границ гипнотического состояния. В клинике нельзя опираться только на внешние признаки, поскольку гипноз может быть как ярко выраженным с изменением мимики, дыхания и моторики, так и «тихим», почти незаметным, особенно в эриксоновских подходах. Поэтому критерии должны включать сочетание субъективного отчёта пациента, наблюдаемого поведения и эффективности тестовых внушений, которые выполняют роль функциональной пробы. Важно, однако, различать диагностическую пробу и демонстративность: задача клинициста — не «показать гипноз», а убедиться, что состояние внимания и восприимчивости к внушению достаточны для выбранной терапевтической цели. В этом смысле гипнотическое состояние не является бинарной величиной; оно проявляется континуально, и клинически значимым может быть не «глубокий транс», а достаточный уровень абсорбции и сотрудничества для реализации конкретного вмешательства, например для снижения тревожной физиологической реактивности или для формирования постгипнотической установки на сон (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М., 2012).

Гипноз как состояние сознания особенно интересен психиатрии тем, что он лежит на границе нормы и патологии

изменённых состояний. В отличие от психотических состояний, гипноз, как правило, сохраняет управляемость и обратимость: пациент способен вернуться к обычному состоянию, сохранить ориентацию и критическое отношение к реальности вне рамки процедуры. Тем не менее в клинике неизбежно возникает необходимость дифференциальной оценки, поскольку некоторые состояния — например, выраженная диссоциация, трансовые эпизоды, конверсионные феномены — могут внешне напоминать гипнотическое состояние, но иметь иной механизм и иной прогноз. Международные классификации подчёркивают необходимость различения культурно санкционированных и клинически значимых трансовых состояний и включают трансовые феномены в спектр диссоциативных расстройств при наличии страдания и нарушения функционирования . Для гипнотерапевта это означает, что феноменология «изменённого сознания» должна быть оценена в диагностическом контексте: когда гипноз используется как терапия, он должен быть инструментом интеграции и регуляции, а не способом усиления расщепления или ухода от реальности.

Нейрофизиологические исследования поддерживают представление о том, что гипноз сопровождается измеряемыми изменениями, хотя интерпретация этих данных требует осторожности. Исследования гипноаналгезии показали, что внушение уменьшения боли может сопровождаться изменением активности в системах, связанных с обработкой

болевого опыта и с когнитивным контролем, что согласуется с клиническими наблюдениями о возможности модуляции боли через внимание и смысловую рамку (Rainville P., Duncan G.H., Price D.D., Carrier B., Bushnell M.C., 1997; Faymonville M.E., Boly M., Laureys S., 2006). Эти данные важны не как «доказательство магии», а как подтверждение того, что субъективное переживание в гипнозе имеет физиологические корреляты, а следовательно, может рассматриваться как объект медицинского вмешательства, подобно тому как тревога или депрессия имеют свои нейрофизиологические корреляты, не сводясь к ним. Одновременно эти исследования не отменяют контекстных факторов: тот факт, что гипноз вызывает определённые нейронные изменения, не отвечает на вопрос, какие элементы процедуры являются ключевыми, и какова роль ожидания, альянса и индивидуальной внушаемости (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Клинически существенным аспектом гипноза как состояния сознания является его связь с гипнабельностью и с личностными характеристиками пациента, которые будут подробно обсуждаться в Главе 7. Уже здесь важно отметить, что восприимчивость к гипнотическим феноменам распределена в популяции неоднородно, при этом высокая гипнабельность не равна психологической слабости, а низкая — не равна сопротивлению или «неподдаваемости». Исследования внушаемости и абсорбции показывают, что гипнотическая восприимчивость связана с особенностями внимания,

воображения и способности к погружению, а также с мотивацией и доверием к процедуре (Tellegen A., Atkinson G., 1974; Spiegel H., Spiegel D., 2004). Для психиатра и клинического психолога это означает необходимость избегать морализаторских интерпретаций: гипноз не является тестом на интеллект или волю; он является способом работы с определённой функциональной организацией внимания и контроля.

В этом контексте становится понятным, почему в клинической гипнотерапии следует осторожно использовать язык «глубины» гипноза. Историческая традиция связывала эффективность с глубиной транса, однако современная практика показывает, что терапевтический результат зависит не только от степени феноменологической выраженности состояния, но и от точности формулировок внушения, от соответствия внушения клинической задаче, от качества альянса и от этапа терапии. Глубокий транс может быть полезен в одних контекстах, например при выраженной болевой симптоматике или при работе с интенсивной тревогой, но может быть избыточным или даже нежелательным в других, например при склонности к диссоциации или при необходимости укреплять контроль и интеграцию (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М., 2012). В зрелой клинической позиции гипноз как состояние сознания рассматривается не как цель, а как средство: задача не в том, чтобы «ввести глубоко», а в том, чтобы создать оптимальную конфигурацию внимания и

переживания для конкретного терапевтического действия.

Таким образом, гипноз как состояние сознания следует понимать как континуальную, управляемую и клинически значимую конфигурацию внимания, переживания и контроля, возникающую в результате определённой процедуры и коммуникации. Это состояние характеризуется абсорбцией, изменением чувственной убедительности образов, переживанием непроизвольности некоторых реакций и повышенной восприимчивостью к внушению, при сохранении принципиальной обратимости и контактности. Научные споры о его специфичности не отменяют клинической реальности феноменов; напротив, они подчеркивают необходимость точного описания компонентов состояния и механизмов эффекта, что станет предметом дальнейшего анализа в Главе 3 о методологии изучения гипноза и в Отделе II о нейропсихологических основаниях (Hilgard E.R., 1977; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Логика изложения требует следующего шага: если в данной подглаве гипноз рассматривался как состояние сознания, то далее он должен быть описан как процесс и метод воздействия, то есть как последовательность клинических действий, коммуникационных приёмов и терапевтических механизмов, посредством которых это состояние создаётся и используется для лечения. Этому будет посвящена подглава 2.3, где мы перейдём от феноменологии к клинической операционализации (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М.,

2012).

2.3. Гипноз как процесс и метод воздействия

Рассмотрение гипноза как состояния сознания, предпринятое в предыдущей подглаве, неизбежно оставляет открытым вопрос, который для клинициста является первичным: каким образом гипнотическое состояние создаётся, поддерживается и используется для терапевтических целей. В практической психиатрии и клинической психологии гипноз выступает не как абстрактный феномен, а как последовательность действий, организованных во времени и структурированных смыслом. Поэтому корректнее говорить о гипнозе как о процессе, включающем определённую коммуникацию, формирование рамки ожиданий, целенаправленную регуляцию внимания и использование внушения для модификации симптома или для перестройки способов переживания. Именно в этом процессуальном измерении становится видна специфика клинической гипнотерапии по отношению к спонтанным трансовым состояниям и по отношению к внушению как общему психотерапевтическому фактору (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М., 2012).

В методологическом смысле гипноз как процесс можно определить как управляемую последовательность клиниче-

ских интервенций, посредством которых терапевт создаёт условия для повышенной абсорбции и для специфической восприимчивости к внушению, после чего использует эту восприимчивость для достижения согласованных с пациентом терапевтических эффектов. В отличие от исторических представлений, где гипноз описывался как «введение» пациента в некое однородное состояние, современная клиническая перспектива подчёркивает динамичность процесса: восприимчивость к внушению колеблется, глубина абсорбции меняется, и эффективность вмешательства зависит не только от «гипноза как такового», но и от точности терапевтической цели, от качества альянса и от способности терапевта адаптировать процесс к индивидуальным особенностям пациента (Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008; Япко М., 2012). Это делает гипноз в известном смысле ближе к психотерапевтической методологии, чем к медицинской процедуре в узком смысле: терапевт не просто применяет технику, он выстраивает процесс, в котором переживание пациента является рабочим материалом.

Процессуальный взгляд позволяет также решить одну из ключевых научных и практических проблем: различение того, что является «специфическим» для гипноза, и того, что относится к общим факторам терапии. Внушение, ожидания, доверие, терапевтическая рамка и авторитет специалиста присутствуют в любой психотерапии и даже в фармакотерапии, где контекст лечения способен усиливать или ослаб-

лять эффект препарата (Frank J.D., Frank J.B., 1991; Colloca L., Benedetti F., 2005). Гипноз не отменяет этих факторов, а, напротив, делает их структурными элементами процесса. Специфика гипноза проявляется в том, что он технологизирует работу с вниманием и с воображением, создавая условия, при которых внушение приобретает особую сенсорную и аффективную убедительность, а переживание непроизвольности реакции облегчает изменение симптома. Иначе говоря, гипноз не добавляет к терапии «ещё один ингредиент»; он меняет конфигурацию уже существующих психотерапевтических механизмов, делая их более концентрированными и управляемыми (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Как клинический метод гипноз включает несколько взаимосвязанных фаз, которые, хотя и могут быть вариативными в зависимости от школы и стиля, образуют узнаваемую структуру. Процесс начинается задолго до формальной индукции, поскольку первичной фазой является установление рамки и терапевтического контракта. Пациент должен понимать, что гипноз не является лишением воли, не является сном и не является магическим вмешательством; он представляет собой особый формат психотерапевтической работы, основанный на сотрудничестве и на активном участии пациента. Именно на этом этапе формируются ожидания, которые, как показывают исследования, существенно влияют на гипнотическую восприимчивость и на терапевтиче-

ский результат (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). Здесь же задаются клинические цели: гипноз как метод всегда должен быть направлен на конкретную задачу, будь то снижение боли, регуляция тревоги, улучшение сна или формирование устойчивой мотивации к изменению поведения. В отсутствие ясной цели гипноз легко превращается в демонстрацию техники или в ритуал, что снижает как эффективность, так и научную верифицируемость вмешательства.

Следующая составляющая процесса — это индукция, которая в клинической перспективе является не «введением в транс», а процедурой перераспределения внимания и формирования особого режима переживания. Индукция может быть классической, директивной, с использованием фиксации взгляда и монотонных инструкций, либо современной, более разговорной, косвенной, в духе эриксоновской традиции, где терапевт мягко направляет внимание пациента и использует естественные трансовые феномены повседневной жизни, такие как погружение в воспоминания или в телесные ощущения (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Япко М., 2012). Ключевым является не форма, а функция: индукция должна привести к повышению абсорбции, к снижению внешней отвлекаемости и к усилению готовности следовать предложенным воображаемым сценариям. При этом следует подчеркнуть, что клинически эффективная индукция не обязательно сопровождается выраженными внешними при-

знаками транса; более того, в ряде случаев сохранение высокой контактности является преимуществом, особенно при работе с пациентами, склонными к диссоциации или испытывающими страх потери контроля (Spiegel H., Spiegel D., 2004).

После индукции процесс включает углубление и стабилизацию состояния, которое следует понимать не как механическое «углубление транса», а как оптимизацию параметров внимания и переживания под конкретную терапевтическую задачу. Например, при гипноаналгезии требуется усиление сенсорной перестройки и формирование альтернативных интерпретаций телесного сигнала, тогда как при работе с тревожными расстройствами может быть важнее формирование чувства безопасности и способности наблюдать внутренние реакции без катастрофизации (Hilgard E.R., 1977; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013). Важно, что на этом этапе проявляется одна из ключевых особенностей гипноза как процесса: терапевт постоянно калибрует состояние пациента через обратную связь, невербальные реакции и субъективный отчёт, а не следует заранее заданному сценарию. Именно поэтому гипноз является не только техникой, но и клиническим искусством, требующим профессиональной чувствительности, хотя и подлежащим методологической дисциплине (Япко М., 2012).

Центральной фазой гипноза как метода воздействия является собственно гипнотическая работа, то есть исполь-

зование внушений и иных психотерапевтических интервенций в изменённой конфигурации внимания. Здесь возникает необходимость различать «симптоматическое» и «структурное» применение гипноза. Симптоматическое применение направлено на прямую модуляцию симптома, например на уменьшение боли, снижение тревоги, устранение спазма, улучшение сна. Такое вмешательство может быть клинически оправданным, особенно в ситуациях, где симптом сам по себе поддерживает патологический круг, например при панических атаках или при хронической бессоннице, когда страх симптома усиливает сам симптом (Barlow D.H., 2002; Япко М., 2010). Однако гипноз может использоваться и структурно, то есть для работы с внутренними конфликтами, травматическими воспоминаниями, устойчивыми когнитивными схемами и паттернами саморегуляции. В этом случае внушение приобретает характер не приказа, а терапевтического конструирования опыта: пациенту предлагаются новые способы переживания, новые отношения к симптомам, новые образы будущего, которые затем должны быть интегрированы в повседневную жизнь (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Spiegel H., Spiegel D., 2004). Клиническая зрелость гипнотерапии проявляется в способности сочетать эти уровни, не противопоставляя их: симптоматическое облегчение может создать ресурс для более глубокой работы, а структурная перестройка делает эффект более устойчивым.

Рассматривая гипноз как метод воздействия, необходимо

подчеркнуть, что внушение в клинической гипнотерапии не является только вербальной формулой. Оно включает смысловую рамку, эмоциональный тон, темп речи, паузы, невербальную синхронизацию и авторитет терапевта как фигуры, обеспечивающей безопасность. Современная психотерапевтическая наука показывает, что терапевтическое влияние реализуется через комплекс факторов, среди которых существенное место занимает качество альянса и переживание пациента, что он понят и принят. Гипноз не отменяет этого; напротив, он усиливает значение коммуникации, поскольку в гипнотическом процессе слова терапевта становятся «материалом» субъективной реальности пациента (Frank J.D., Frank J.B., 1991; Wampold B.E., 2015). В этом смысле гипноз можно рассматривать как метод, который предъявляет более высокие требования к этике и к точности языка: некорректная формулировка способна не только не помочь, но и усилить симптом, укрепить диссоциативное избегание или сформировать нежелательные установки.

Особого внимания заслуживает постгипнотический компонент, поскольку гипноз как процесс не заканчивается выходом из состояния. Терапевтическая работа должна быть интегрирована в повседневную жизнь, иначе эффект останется «внутри сеанса», не превратится в устойчивое изменение. Постгипнотические внушения и задания, если они применяются, должны быть этически корректными, согласованными с пациентом и направленными на укрепление автоно-

мии, а не зависимости. Здесь же важна де-рифлексия и обсуждение опыта: пациенту следует помочь осмыслить, что произошло, какие навыки саморегуляции он освоил, какие изменения в восприятии или в реакции на симптом стали возможными. Без этой интегративной фазы гипноз рискует стать ритуалом, который пациент воспринимает как действие «врача над ним», а не как освоение им собственных механизмов контроля и восстановления (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М., 2012).

Когда гипноз рассматривается как процесс и метод воздействия, неизбежно возникает вопрос о его месте в клинической психиатрии и о его связи с диагностическими рамками МКБ-10/11. В рамках классификаций гипноз не является диагнозом и не относится к специфическим нозологиям; он представляет собой метод психотерапевтического вмешательства, применимость которого определяется синдромальной структурой, уровнем риска и особенностями пациента. Это особенно важно в отношении диссоциативных расстройств, конверсионной симптоматики, расстройств личности и психотических состояний, где суггестивные воздействия могут иметь неодинаковый профиль безопасности. В клинике важно сохранять принцип: гипноз применяется не «вообще», а в конкретном диагностическом контексте; терапевтическое внушение должно быть согласовано с тем, как мы понимаем механизм симптома и как оцениваем риски декомпенсации . Этот тезис станет ключевым в Главе 6 о по-

казаниях и противопоказаниях, а также в главах, посвящённых выбору техники и клиническому протоколу.

Наконец, процессуальное понимание гипноза позволяет по-новому сформулировать проблему стандартизации, которая будет развёрнута в Главе 3. Если гипноз — это не фиксированное состояние, а динамический процесс, то стандартизировать следует не «глубину» или «классический транс», а структуру вмешательства: цели, этапы, типы внушений, критерии оценки эффекта и правила безопасности. Именно это делает возможным сочетание клинической индивидуализации с требованиями доказательной медицины. Гипноз как метод воздействия становится научно приемлемым тогда, когда он описывается как воспроизводимая процедура с понятными компонентами и измеряемыми исходами, даже если субъективный опыт пациента остаётся уникальным и не сводимым к общим формулировкам (Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013).

Таким образом, гипноз как процесс и метод воздействия следует понимать как клинически организованную последовательность коммуникационных и психотерапевтических действий, направленных на перераспределение внимания, усиление абсорбции и использование внушения для изменения симптомов и способов переживания. Специфика гипноза проявляется в технологизации контекстных факторов терапии и в возможности целенаправленно работать с субъек-

тивной реальностью пациента, переводя воображение и ожидание в инструмент психофизиологической и эмоциональной регуляции. Это понимание подготавливает следующий логический шаг: если гипноз является процессом воздействия, то он неизбежно является и формой психотерапевтического взаимодействия, то есть особым типом отношений между пациентом и терапевтом, где перенос, доверие, границы и этика становятся не «внешними условиями», а внутренними механизмами метода. Этому будет посвящена подглава 2.4 (Frank J.D., Frank J.B., 1991; Spiegel H., Spiegel D., 2004).

2.4. Гипноз как форма психотерапевтического взаимодействия

Понимание гипноза как состояния сознания и как процесса воздействия неизбежно приводит к третьему уровню анализа, без которого клиническая гипнотерапия теряет свою профессиональную определённость: гипноз является не только техникой, но и специфической формой психотерапевтического взаимодействия. Иными словами, гипнотическая процедура не существует «поверх» отношений пациента и терапевта; она конституируется этими отношениями и, в свою очередь, их перестраивает. Именно этот момент часто игнорировался в ранних, преимущественно де-

монстрационных подходах к гипнозу, где эффект понимался как прямое следствие внушения, а личность терапевта — как источник «силы». Современная клиническая позиция предполагает обратное: внушение работает в рамках альянса, доверия и согласованной рамки терапии; гипноз усиливает значение коммуникации, а потому делает вопрос этики, границ и ответственности не внешним, а внутренним механизмом метода (Frank J.D., Frank J.B., 1991; Spiegel H., Spiegel D., 2004).

Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что гипнотерапия как психотерапевтическое взаимодействие основана на принципе сотрудничества. Исторический миф о гипнозе как о «подчинении» пациента не выдерживает критики ни с точки зрения современной этики, ни с точки зрения клинической эффективности. Пациент в гипнозе не становится объектом манипуляции; он становится участником особого терапевтического режима, в котором его внимание, воображение и способность к внутренней регуляции используются более интенсивно и направленно. Это означает, что качество взаимодействия — то, насколько пациент чувствует себя в безопасности, насколько он понимает процедуру, насколько он принимает терапевтическую цель — является не просто условием, а частью самой терапии. Там, где взаимодействие построено на тревоге, недоверии или скрытом соревновании, гипноз часто либо не развивается, либо принимает форму поверхностной демонстрации, не приводящей к

устойчивым изменениям (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М., 2012).

Психотерапевтическая природа гипноза проявляется, во-первых, в том, что он реализуется через язык и смысл. Даже когда гипноз применяется для модуляции телесных ощущений, например боли или спазма, терапевтический эффект достигается не механическим воздействием, а перестройкой интерпретации сигналов, внимания к ним и эмоционального отношения к ним. Такая перестройка возможна только в коммуникации, в которой слова терапевта становятся инструментом формирования внутреннего опыта пациента. Эта особенность сближает гипнотерапию с более широкими традициями психотерапии, где язык рассматривается не как описание реальности, а как средство её конструирования и преобразования. В этом смысле гипноз можно трактовать как метод, максимально «плотно» работающий со смыслом: внушение — это не просто инструкция, а акт совместного создания новой рамки переживания, которая затем закрепляется в поведении и телесной регуляции (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Frank J.D., Frank J.B., 1991).

Во-вторых, гипноз как взаимодействие неизбежно включает феномены доверия, авторитета и переноса. Клиническая литература подчёркивает, что гипноз требует определённого уровня доверия к терапевту и к процедуре, однако доверие не следует путать с зависимостью. В гипнотерапии авторитет специалиста выступает как источник безопас-

ности и ориентировки, но при профессионально корректной работе он должен служить усилению автономии пациента, а не её подмене. Здесь неизбежно возникают психодинамические механизмы переноса: пациент может воспринимать гипнотерапевта как фигуру защиты, контроля, родительского авторитета или, напротив, как потенциальную угрозу. Эти переносные ожидания прямо влияют на внушаемость, на сопротивление и на характер гипнотических феноменов. Терапевт, в свою очередь, сталкивается с контрпереносом: собственными реакциями, желанием «показать результат», стремлением удержать власть или, наоборот, избежать ответственности. Клиническая зрелость гипнотерапии состоит в том, чтобы признавать эти механизмы и управлять ими, а не отрицать их. Отрицание переносных процессов нередко ведёт к грубым ошибкам: либо к навязыванию внушений, либо к формированию зависимого типа отношения, где пациент воспринимает гипноз как внешнюю «силу», которую нужно получать от терапевта, а не как навык саморегуляции (Freud S., 1912; Spiegel H., Spiegel D., 2004).

В-третьих, гипноз как психотерапевтическое взаимодействие делает особенно заметным феномен ожиданий и их терапевтическую роль. Современная психотерапия и медицина признают, что ожидания пациента существенно влияют на результат лечения, в том числе через плацебо- и ноцебо-механизмы (Colloca L., Benedetti F., 2005). В гипнотерапии ожидания не просто «влияют»; они становятся частью

техники. Пациент, входя в гипнотический процесс, использует ожидание как инструмент: он допускает возможность изменения переживания, принимает предложенную рамку и на этой основе формирует новые реакции. Поэтому психообразование и корректная подготовка к гипнозу имеют не «информационную», а терапевтическую функцию. Неправильные ожидания, например убеждение, что гипноз — это потеря контроля или что терапевт будет «делать что-то с сознанием», способны не только снижать эффективность, но и повышать риск тревожных реакций, диссоциативного избегания или усиления симптома. В этом смысле работа с ожиданиями должна рассматриваться как часть клинического протокола, а не как факультативная беседа (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Особое значение взаимодействия проявляется в вопросе о границах. Поскольку гипноз усиливает восприимчивость к внушению и меняет субъективный статус слова, этические и профессиональные границы становятся не формальным требованием, а фактором безопасности. Любое внушение несёт в себе риск: оно может быть воспринято как приказ, как оценка, как диагноз или как предсказание. Поэтому терапевт должен строить внушение таким образом, чтобы оно не нарушало автономию пациента, не подменяло его решения и не формировало зависимость. Это касается как прямых постгипнотических установок, так и более тонких смысловых рамок. Терапевт обязан избегать внушений, которые

превращают терапевтическое пространство в пространство власти, например внушений, предполагающих абсолютную «истину» терапевта о личности пациента или о его прошлом. Риск особенно высок при работе с травмой и памятью, где внушение может непреднамеренно способствовать конфабуляциям и формированию ложных воспоминаний, что имеет не только клинические, но и юридические последствия. Поэтому гипнотерапевтическое взаимодействие должно строиться с опорой на принцип неопределённости памяти и на уважение к границам реальности: терапевт может работать с переживанием, с эмоциональной реакцией и с телесными следами, но должен осторожно относиться к утверждениям о фактической достоверности воспоминаний, возникающих в гипнозе (Loftus E.F., 1993; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Рассмотрение гипноза как формы взаимодействия помогает также понять различие между классической директивной и эриксоновской косвенной традицией. В директивной модели взаимодействие строится вокруг ясного руководства и авторитета терапевта, который задаёт структуру и предлагает прямые внушения. В эриксоновской модели взаимодействие строится вокруг сотрудничества и использования индивидуальных особенностей пациента; терапевт становится не «командующим», а проводником, который помогает пациенту активировать собственные ресурсы через метафору, косвенные формулировки и естественные трансовые про-

цессы. Однако различие школ не отменяет общего принципа: в любом подходе внушение реализуется внутри отношения, и качество отношения определяет, будет ли внушение воспринято как безопасное и полезное, или как вторжение и контроль. Именно поэтому гипнотерапия требует от специалиста не только владения техникой, но и психотерапевтической компетентности: умения удерживать альянс, распознавать сопротивление, управлять переносом и контрпереносом, а также сохранять профессиональные границы (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Япко М., 2012).

В клинической психиатрии значение взаимодействия усиливается тем, что гипноз часто применяется у пациентов с тревожной, депрессивной, психосоматической и аддиктивной симптоматикой, где нарушены базовые механизмы саморегуляции и нередко присутствует уязвимость к зависимости и к внешнему контролю. Например, у пациентов с выраженной тревожностью гипноз может восприниматься как опасность потерять контроль, и тогда терапевтическое взаимодействие должно, прежде всего, укреплять чувство безопасности и предсказуемости. У пациентов с зависимостями гипноз нередко связывается с ожиданием «быстрого чуда», и тогда взаимодействие должно быть построено так, чтобы гипнотерапия не становилась заменой ответственности пациента, а служила инструментом укрепления мотивации и самоконтроля. У пациентов с диссоциативной уязвимостью взаимодействие должно предотвращать уход в расщепление

и способствовать интеграции опыта. Эти задачи являются психотерапевтическими по своей природе, и их нельзя решить только техникой индукции; они решаются качеством взаимодействия и клинической позиционной зрелостью терапевта (Spiegel H., Spiegel D., 2004).

В этом контексте становится очевидным, что гипноз как форма психотерапевтического взаимодействия имеет собственные критерии профессиональной корректности. К ним относятся прозрачность процедуры, согласование целей, уважение к автономии пациента, а также постоянная калибровка состояния и обратной связи. Гипнотерапевт не должен стремиться к демонстрации феноменов ради подтверждения своей компетентности; напротив, он должен использовать феномены лишь настолько, насколько это нужно для клинической задачи. Терапевтический успех в гипнозе измеряется не «глубиной транса» и не впечатляющими эффектами, а устойчивостью изменений и их интеграцией в повседневную жизнь. А интеграция возможна только тогда, когда пациент переживает себя субъектом изменений, а терапевта — как партнёра, который помогает организовать этот процесс (Frank J.D., Frank J.B., 1991; Япко М., 2012).

Таким образом, гипноз в клинической практике следует понимать как особый тип психотерапевтического взаимодействия, в котором отношения, доверие, ожидания и границы выступают не внешними условиями, а внутренними механизмами эффективности и безопасности. Эта перспектива

позволяет объяснить историческую двойственность гипноза: он вызывает скепсис там, где воспринимается как власть и манипуляция, и получает научную и клиническую легитимацию там, где он строится как сотрудничество, стандартизируемый протокол и этически прозрачная практика. Она также подготавливает следующий шаг в понятийной главе: необходимость различать клинические и неклинические формы гипноза, поскольку именно характер взаимодействия, цели и контекст определяют, является ли гипноз медицинским вмешательством, психотерапевтическим инструментом или культурной практикой. Этому будет посвящена подглава 2.5, где мы перейдём к классификации форм гипноза и к их разграничению в рамках клинической ответственности (ВОЗ, 1992; Spiegel H., Spiegel D., 2004).

2.5. Клинические и неклинические формы гипноза

Разграничение клинических и неклинических форм гипноза является необходимым завершением понятийной главы, поскольку именно отсутствие такого разграничения исторически подпитывало двойственность статуса гипноза в науке и медицине. Одни и те же феномены — абсорбция, внушаемость, изменённое восприятие и субъективная убедительность образов — проявляются в терапевтическом ка-

бинете, на сцене, в религиозных практиках, в спортивной психологии и в массовой культуре. Однако идентичность феномена не означает идентичности смысла и ответственности. В клинике гипноз является вмешательством, связанного с медицинской и психологической ответственностью, с диагностическим контекстом, с рисками декомпенсации и с необходимостью воспроизводимой оценки результата. В неклинической сфере гипноз чаще выступает как инструмент влияния, развлечения, саморегуляции или культурного опыта, где цели, критерии эффективности и этические требования принципиально иные. В этом смысле разграничение форм гипноза следует понимать не как разделение на «настоящий» и «ненастоящий» гипноз, а как классификацию по контексту, целям, методологическим стандартам и уровню ответственности (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Клиническая форма гипноза определяется, прежде всего, тем, что она включена в структуру профессиональной помощи и подчинена задачам диагностики, лечения и реабилитации. В клинической гипнотерапии гипноз используется либо как самостоятельный психотерапевтический метод, либо как компонент комбинированного лечения, включая фармакотерапию и иные психотерапевтические подходы. Его применение предполагает наличие клинического запроса, то есть страдания или нарушения функционирования, и предполагает оценку симптомов и синдромов в рам-

ках диагностических систем, таких как МКБ-10/11, где расстройства описываются через клинические критерии, длительность, степень выраженности и последствия для социальной адаптации . Это означает, что клинический гипноз невозможен без медицинского мышления: без дифференциальной диагностики, без понимания психопатологии и без оценки рисков. Например, работа с тревожной симптоматикой в клинике должна отличать генерализованное тревожное расстройство от панического расстройства, реактивную тревогу от тревоги в структуре депрессии, а также тревожную симптоматику, маскирующую психотическое развитие или соматическую патологию. В неклиническом контексте такая дифференциация чаще отсутствует, что само по себе не является ошибкой, но делает невозможным предъявление неклинического гипноза как медицинского вмешательства .

Клинический гипноз отличается и по структуре ответственности. Врач или клинический психолог несёт ответственность за безопасность вмешательства, за информированное согласие, за соблюдение границ, за конфиденциальность и за предотвращение вреда. Гипнотическое воздействие, будучи формой суггестивной коммуникации, обладает повышенным потенциалом как терапевтического эффекта, так и нежелательных последствий. Поэтому клиническая форма гипноза обязана включать этический каркас: прозрачность процедуры, право пациента прервать сеанс, согласование целей, отказ от внушений, нарушающих автоно-

мию, и особенно осторожное обращение с темой памяти и травмы, где внушение может приводить к конфабуляциям и к формированию ложных воспоминаний (Loftus E.F., 1993; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). В клинике это не факультативные требования, а элементы профессионального стандарта, поскольку пациент обращается не за опытом, а за лечением.

Методологическая сторона клинического гипноза проявляется в том, что он должен быть верифицируемым хотя бы в минимальном клиническом смысле. Речь идёт не о том, что каждый сеанс обязан соответствовать протоколу рандомизированного исследования, а о том, что терапевт должен иметь ясные критерии исхода и динамики: как измеряется симптом до и после, какие параметры считаются значимыми, как оценивается устойчивость эффекта, какие возможны побочные реакции. Даже если гипнотерапия проводится индивидуально и включает художественные элементы языка, она должна быть встроена в клиническое наблюдение, иначе она перестаёт отличаться от внеклинической практики, где критерии результата часто субъективны и ситуативны (Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013; Wampold B.E., 2015). Клиническая форма гипноза тем самым предъявляет к терапевту требование рефлексивной дисциплины: умения описывать свои вмешательства, отслеживать эффект и корректировать план лечения.

Неклинические формы гипноза, напротив, определяют-

ся иными целями и рамками. Одной из наиболее известных является сценический гипноз, который исторически сыграл двоякую роль. С одной стороны, он способствовал популяризации гипноза и демонстрировал реальность суггестивных феноменов. С другой стороны, сценический контекст систематически искажает понимание гипноза, поскольку он строится на отборе наиболее внушаемых участников, на социальном давлении, на эффекте ожидания и на мотивации соответствовать роли. В результате зритель и даже участник могут интерпретировать происходящее как «потерю воли», тогда как значительная часть эффектов обусловлена социально-психологическими механизмами и контекстом демонстрации (Barber T.X., 1969; Kirsch I., 1994). Проблема сценического гипноза в клиническом смысле заключается не в том, что он «не существует», а в том, что он формирует у пациентов и у общества когнитивную схему гипноза как внешнего контроля и унижения, что затем осложняет терапевтическую работу, повышает тревогу и снижает доверие к клиническому методу. Поэтому клинический гипнотерапевт должен не только отмежёвываться от сценических практик, но и профессионально объяснять пациенту различие контекстов, показывая, что терапевтический гипноз является сотрудничеством, а не демонстрацией власти (Spiegel H., Spiegel D., 2004).

Другой крупный пласт неклинических форм связан с практиками самогипноза и с методами саморегуляции, ко-

торые могут быть как частью клинического лечения, так и самостоятельной практикой. Здесь граница между клиническим и неклиническим проходит не по феномену, а по функции и сопровождению. Самогипноз как навык может быть введён врачом или психологом в рамках лечения тревожных расстройств, хронической боли, нарушений сна, психосоматической симптоматики, где он становится инструментом поддержания результата между сеансами. В этом случае самогипноз является компонентом клинического вмешательства и подчинён диагностическим целям и мониторингу. Однако самогипноз также существует как массовая практика благополучия, где люди используют аудиозаписи и упражнения для релаксации и повышения эффективности. Это может быть полезным, но не является лечением в медицинском смысле и не должно подменять диагностику и терапию при клинически значимых расстройствах, описываемых в МКБ-10/11. Ошибка, распространённая в популярной культуре, состоит в том, что феноменологическая близость расслабления и транса к гипнозу воспринимается как достаточное основание считать любую практику саморегуляции «гипнотерапией». Научно и клинически корректнее рассматривать такие практики как формы управляемого внимания и релаксации, которые могут быть полезны, но не заменяют профессиональной помощи при расстройствах с выраженным страданием и нарушением функционирования (ВОЗ, 1992; Spiegel H., Spiegel D., 2004).

Существуют также неклинические формы гипноза в сфере спорта, бизнеса и образования, где гипнотические техники применяются для повышения мотивации, концентрации, уверенности, а также для снижения стрессовой реактивности. Эти формы часто используют элементы внушения, визуализации и работы с вниманием, и в ряде случаев демонстрируют эффективность как методы психологической подготовки. Однако их статус отличается от клинического по двум причинам. Во-первых, цели здесь не связаны с лечением и не требуют диагностики психопатологии, хотя психологическая уязвимость может присутствовать. Во-вторых, эти практики нередко применяются специалистами с различной подготовкой, где этический и методологический стандарт может быть неоднородным. Для клинической гипнотерапии важно не отвергать эти области, а ясно разграничивать: одна и та же техника в зависимости от контекста меняет свою ответственность и свой риск. Например, визуализационные внушения, безопасные в спортивной подготовке, могут быть нежелательны у пациента с тяжёлой травматизацией, выраженной диссоциацией или психотической уязвимостью, где работа с образами должна быть структурирована иначе (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Особый класс неклинических форм связан с религиозными и культурными практиками транса. В антропологии и истории религии трансовые состояния описаны как универсальный феномен человеческой культуры, выполняющий

функции символической регуляции, сплочения группы, переживания смысла и облегчения страдания. Для психиатрии и клинической психологии здесь важно различать культурно санкционированные формы транса и клинически значимые состояния. Международные классификации подчёркивают, что диагноз диссоциативного расстройства или патологического трансового состояния не должен ставиться тогда, когда явление является частью культурной или религиозной практики и не приводит к стойкому страданию или нарушению функционирования . Однако в клинической реальности границы нередко оказываются сложными: одно и то же культурное переживание может быть ресурсом для одного человека и фактором дезорганизации для другого. Поэтому клинический подход требует феноменологической точности и уважения к культурному контексту, избегая как патологизации духовных практик, так и романтизации состояния, которое может быть проявлением психопатологии.

Рассмотрение клинических и неклинических форм гипноза неизбежно выводит на вопрос о критериях «клиничности». В рамках настоящего руководства клиническая форма гипноза определяется не наличием транса как такового, а совокупностью четырёх признаков: наличием клинического запроса и страдания, диагностическим контекстом в терминах синдромов и классификаций, профессиональной ответственностью и этическими стандартами, а также процедурной верифицируемостью результата. При отсутствии этих

признаков гипноз может оставаться реальным феноменом и даже приносить субъективную пользу, но он не должен позиционироваться как медицинское лечение. Такое разграничение имеет принципиальное значение для академической легитимации гипнотерапии: наука требует ясности объекта и ясности условий применения. Клиническая гипнотерапия становится научно обсуждаемой и цитируемой именно тогда, когда она описывает себя как профессиональную практику со стандартами, а не как универсальную «силу» внушения, применимую к любому человеку и к любой проблеме (Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013).

Наконец, разграничение клинических и неклинических форм гипноза позволяет точнее сформулировать место гипноза в современной психиатрии и психологии. Гипноз, будучи феноменом внимания, внушения и воображения, неизбежно пересекается с массовой культурой и с человеческими практиками саморегуляции. Но клиническая гипнотерапия отличается тем, что она интегрирует этот феномен в медицинскую и психотерапевтическую ответственность, соотнося вмешательство с диагнозом, рисками и доказательной оценкой. Именно поэтому следующая глава, посвящённая методологии изучения гипноза, должна продолжить линию, начатую здесь: если гипноз имеет множество форм, то научное исследование обязано уточнять, какая именно форма изучается, в каких условиях, с какими критериями исхода и с ка-

ким этическим каркасом. Без этой методологической дисциплины гипноз вновь окажется в положении «всё и ничего», то есть одновременно универсальным объяснением и научно неопределённым объектом. В Главе 3 мы перейдём к проблеме операционализации гипнотических феноменов и к трудностям стандартизации, которые логически следуют из многоформности гипноза как культурного и клинического явления (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Глава 3. Методология изучения гипноза

3.1. Проблема операционализации гипнотических феноменов

Переход от понятийной главы к методологии исследования гипноза закономерен: чем точнее мы определяем гипноз как состояние, процесс и форму взаимодействия, тем явственнее обнаруживаем центральное препятствие на пути его академической легитимации — трудность операционализации. Под операционализацией в науке понимают перевод теоретического понятия в набор наблюдаемых, измеряемых и воспроизводимых показателей, позволяющих проверять гипотезы и сопоставлять результаты разных исследований. Именно здесь гипноз оказывается в особом положении по сравнению с большинством медицинских вмешательств. В фармакологии объект воздействия относительно легко задаётся через дозу, фармакокинетику и биомаркеры, тогда как в гипнозе ключевой «носитель» эффекта — субъективный опыт, связанный с вниманием, воображением, доверием и внушением. Этот опыт не только индивидуален, но

и зависим от контекста и языка, что делает простые измерения недостаточными и часто методологически наивными (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Проблема начинается уже на уровне вопроса «что именно мы измеряем», когда говорим «гипноз». Если гипноз трактуется как состояние сознания, то требуется измеритель, который бы фиксировал его границы, глубину и качественные характеристики. Если гипноз трактуется как процесс, то объектом измерения становится структура интервенции, динамика внимания и реакция пациента на внушение. Если гипноз понимается как форма взаимодействия, то необходимо учитывать терапевтический альянс, ожидания, переносные феномены и коммуникативные параметры. В зависимости от выбранного теоретического акцента меняются и операциональные критерии: «глубина транса», «уровень внушаемости», «степень абсорбции», «эффект непроизвольности», «изменение симптома» и «психофизиологические корреляты» могут рассматриваться как показатели гипноза, но каждый из них отражает лишь часть явления и не исчерпывает его (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). Более того, разные традиции гипнотерапии могут сознательно минимизировать те признаки, которые классически считались определяющими, например выраженную «глубину» или яркие феномены каталерсии, сохраняя при этом терапевтическую эффективность. Это означает, что операционализация, построенная на внешних при-

знаках, легко становится ошибочной по отношению к реальной клинической практике (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Япко М., 2012).

Исторически первая волна операционализации гипноза развивалась через феноменологические критерии и поведенческие маркеры. В классических исследованиях использовались тесты на каталепсию, анестезию, амнезию, галлюцинаторные реакции, моторные автоматизмы и выполнение внушённых действий. Позднее эти подходы были оформлены в стандартизированные шкалы гипнотической восприимчивости, где испытуемому предъявлялся набор внушений, а результат оценивался по успешности выполнения. Такой подход дал важный методологический выигрыш: он позволил сравнивать участников, выделять высоко- и низковнушаемых, а также связывать показатели гипнабельности с другими психологическими переменными (Hilgard E.R., 1977; Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R., 1959). Однако в клиническом контексте подобная операционализация сталкивается с ограничениями. Во-первых, «успешность выполнения внушений» может отражать не только гипнотическую восприимчивость, но и мотивацию, социальную желательность, отношение к терапевту и контекст эксперимента. Во-вторых, поведенческий результат может быть достигнут через различные механизмы, включая сознательное сотрудничество, а потому он не всегда специфичен для гипноза как состояния. Это лежит в основании социокогнитивных интерпре-

таций гипноза, подчёркивающих роль ожиданий и роли поведения, что, в свою очередь, усложняет утверждение о наличии единственного «гипнотического» механизма (Barber T.X., 1969; Kirsch I., 1994).

С другой стороны, попытка операционализировать гипноз через субъективные отчёты также сталкивается с трудностями. Субъективный опыт транса, чувство погружения, изменения восприятия времени, ощущение «непроизвольности» реакций и переживание изменённой агентности являются центральными для клинического понимания гипноза, но они трудно сопоставимы между людьми и зависимы от языка описания. Один пациент описывает транс как «полное расслабление», другой — как «максимальную концентрацию», третий — как «отстранённость», четвёртый — как «усиление образов». Эти описания могут отражать разные профили трансового переживания, но могут также быть разными словами для близких состояний. В научном исследовании это создаёт проблему валидности: измеряем ли мы феномен, или измеряем различия в метафорике и культурных представлениях? Для клиники же возникает дополнительный вопрос: следует ли считать гипнозом только то, что пациент субъективно признаёт «трансом», или достаточно наличия терапевтически значимой реакции на внушение? Разные школы отвечают на этот вопрос по-разному, и потому операционализация, игнорирующая субъективность, теряет клиническую релевантность, а операционализация, опираю-

щаяся только на субъективность, рискует потерять межсубъектную сопоставимость (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Одним из наиболее продуктивных направлений в современной операционализации стала попытка измерять не «гипноз вообще», а конкретные гипнотические феномены как отдельные модули. Такой подход близок клиническому мышлению: в практике важнее не вопрос «насколько глубок транс», а вопрос «насколько пациент способен модифицировать боль», «насколько устойчиво формируется постгипнотическая установка», «насколько выражено изменение внимания к симптомам» и «насколько пациент способен использовать образную переработку опыта». В научных терминах это означает переход от глобальных шкал к феномен-специфическим метрикам: отдельно измеряется гипноаналгезия, отдельно — гипнотическая амнезия, отдельно — изменения восприятия или автоматизмов. Такой переход повышает валидность, потому что каждый феномен можно сопоставлять с задачей, с условиями и с механизмом, не смешивая разные уровни в один показатель (Hilgard E.R., 1977; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013). Однако он же делает исследование более сложным: гипноз перестаёт быть единым объектом и превращается в семейство эффектов, которые могут иметь разные психологические и нейрофизиологические основания.

Нейронаучные методы, включая ЭЭГ и функциональную

нейровизуализацию, часто рассматриваются как потенциальный выход из проблемы операционализации: если удастся найти «биомаркер гипноза», то гипноз будет измеряем так же, как другие состояния. Однако на сегодняшний день более корректно говорить не о биомаркере «гипноза вообще», а о коррелятах конкретных эффектов и о сетевых изменениях, связанных с вниманием, контролем, самореференцией и сенсорной обработкой. Разные исследования показывают, что гипнотические феномены могут сопровождаться изменениями в функциональных сетях, включая сети внимания и исполнительного контроля, а также изменениями взаимодействия между областями, связанными с самореферентной обработкой и сенсорным восприятием (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Landry M., Lifshitz M., Raz A., 2017). Но здесь возникает классическая проблема нейронаук: наличие коррелята не означает специфичности. Похожие сетевые изменения могут наблюдаться при медитации, при воображении, при плацебо-аналгезии и при разных формах когнитивной регуляции. Это означает, что нейронаучная операционализация не заменяет психологическую; она должна быть встроена в неё, иначе мы рискуем измерять «внимание вообще», а не гипнотический процесс (Raz A., 2011; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Особую сложность создаёт то, что гипноз — это не только явление психики пациента, но и явление взаимодействия. В типичном эксперименте стремятся «очистить» переменные

и минимизировать влияние личности исследователя, однако в гипнозе это влияние является частью механизма. Терапевтический альянс, доверие, стиль коммуникации и авторитет специалиста влияют на феноменологию транса и на эффект внушения, а значит, по строгой логике должны входить в операциональную модель. Это приводит к необходимости измерять параметры взаимодействия: степень доверия, ожидания, согласованность целей, переживание безопасности. В психотерапевтических исследованиях такие параметры давно рассматриваются как значимые предикторы результата, и игнорирование их в гипнозе делает исследования систематически неполными (Wampold B.E., 2015; Norcross J.C., Wampold B.E., 2011). Но включение их в модель осложняет стандартизацию и требует более сложных дизайнов, где гипноз исследуется как комплексное вмешательство, а не как «чистая техника».

В этом контексте следует отдельно рассмотреть проблему, которая имеет прямое значение для психиатрии и для опоры на МКБ-10/11: операционализация гипноза должна учитывать диагностическую неоднородность. В клинике гипноз применяется при разных расстройствах, и его феноменология может существенно различаться. В тревожных расстройствах в рамках МКБ-10 (например, генерализованное тревожное расстройство или паническое расстройство) и в соответствующих категориях МКБ-11 гипнотический процесс часто организуется вокруг регуляции катастрофизации, те-

лесного контроля и чувства безопасности. В соматоформной и функциональной симптоматике гипноз может работать как инструмент перестройки внимания к телесным сигналам и как средство изменения интерпретации симптома. В депрессивной симптоматике гипноз может сталкиваться с снижением мотивации и образной бедностью, что меняет структуру интервенции. В диссоциативных расстройствах гипноз может быть как терапевтическим ресурсом, так и фактором риска, если усиливает избегание и расщепление. Если исследование не фиксирует диагностические характеристики и не стратифицирует выборку, то операциональные показатели гипноза будут смешивать различные клинические профили и давать противоречивые результаты (ВОЗ, 1992; Spiegel H., Spiegel D., 2004).

Проблема операционализации связана также с тем, что гипноз в клинике часто является частью комплексного лечения. Пациенты могут получать антидепрессанты, анксиолитики, нормотимики или антипсихотики, а также проходить когнитивно-поведенческую терапию, психообразование и реабилитационные программы. В таких условиях измерить «чистый эффект гипноза» трудно, и попытки сделать это любой ценой могут привести к искусственным экспериментальным ситуациям, мало похожим на реальную клинику. Более продуктивной стратегией является операционализация гипноза как добавочного компонента в комплексной терапии, где исходы измеряются клинически значи-

мо: уменьшение симптомов, улучшение функционирования, снижение потребности в медикаментозной поддержке, повышение качества жизни и устойчивость ремиссии. В рамках доказательной медицины именно такие исходы рассматриваются как наиболее значимые для пациента и для системы здравоохранения, даже если они не дают «чистого» механистического ответа (Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013; Wampold B.E., 2015).

Из всего сказанного следует, что операционализация гипноза должна быть многослойной и должна различать по крайней мере три уровня показателей. Первый уровень — показатели процесса: параметры внимания, абсорбции, реакции на внушение, особенности коммуникации и динамика взаимодействия. Второй уровень — показатели феномена: конкретные гипнотические эффекты, такие как аналгезия, изменение сенсорной модуляции, модификация тревожной реакции, постгипнотические установки. Третий уровень — клинические исходы: симптоматическое улучшение, функциональные изменения и долговременная устойчивость результата в рамках диагнозов МКБ-10/11. Если исследование измеряет только один уровень, например только «глубину транса», оно рискует пропустить клиническую значимость; если измеряет только исходы, оно рискует не понять механизмы; если измеряет только нейрокорреляты, оно рискует потерять психологическую интерпретацию. Именно поэтому гипноз остаётся методологически сложным объектом:

он требует интеграции психологии, психотерапии, нейронаук и клинической диагностики, а также требует дисциплины в определении того, что именно считается «гипнозом» в конкретном исследовании (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

В практическом смысле, однако, эта сложность не является недостатком, а является отражением реальной природы клинической работы. Психиатрия и клиническая психология вообще редко имеют дело с простыми линейными объектами; многие явления, включая эффект психотерапии или даже эффект фармакотерапии в реальной жизни, являются контекстно-зависимыми и многокомпонентными. Гипноз лишь делает это особенно видимым. Следовательно, научная стратегия в отношении гипноза должна быть не редукционистской, стремящейся к единственному «маркеру гипноза», а конструктивной: описывать компоненты, измерять их на разных уровнях и сопоставлять с конкретными клиническими задачами. Именно этот подход открывает возможность для стандартизации, которая, однако, не будет означать унификацию личности терапевта, а будет означать унификацию описания процесса и критериев оценки. Переход к этой теме и будет осуществлён в следующей подглаве, посвящённой трудностям стандартизации и воспроизводимости, где мы рассмотрим, почему в гипнозе методологическая строгость должна сочетаться с клинической индивидуализацией, и какие исследовательские дизайны позволяют при-

близить эти требования (Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., 2002; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

3.2. Трудности стандартизации и воспроизводимости

Если проблема операционализации задаёт вопрос «что именно считать гипнозом и как это измерять», то проблема стандартизации и воспроизводимости задаёт вопрос следующего порядка: возможно ли добиться сопоставимости результатов при условии, что гипноз по своей природе контекстно-зависим, межличностен и частично уникален для каждой диады «пациент—терапевт». В современной науке воспроизводимость рассматривается как базовый критерий достоверности: результат должен повторяться при повторении процедуры, а метод должен быть описан так, чтобы другие исследователи могли его воспроизвести (Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., 2002). Гипноз в этом отношении оказывается «испытанием на прочность» для классических исследовательских стандартов, поскольку он одновременно является психофизиологическим феноменом и формой коммуникации, в которой смысл и отношение выступают элементами механизма, а не внешним фоном (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Трудность стандартизации, прежде всего, обусловлена ва-

риативностью самого объекта. В гипнозе существует широкий диапазон индивидуальной гипнабельности, который не является только «чертою» личности, а зависит от мотивации, доверия, актуального состояния, психопатологического фона и контекста. Даже при использовании одинакового текста индукции два пациента могут демонстрировать различную феноменологию: один — лёгкую абсорбцию и яркую образность, другой — минимальные субъективные изменения, но при этом вполне значимую реакцию на внушение, третий — выраженную диссоциацию с последующим утомлением. С точки зрения исследовательского дизайна это означает наличие сильных межиндивидуальных различий, которые увеличивают дисперсию результатов и снижают статистическую мощность, если выборки не стратифицированы и не учтён уровень гипнабельности (Hilgard E.R., 1977; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). В клинике же это означает, что стандартизированная процедура не гарантирует стандартизированного эффекта, что осложняет перенос экспериментальных протоколов в практику.

Второй источник трудностей связан с терапевтом как переменной. В фармакологическом исследовании врач обычно не является частью механизма действия препарата, тогда как в гипнозе личность терапевта, его стиль речи, невербальная коммуникация, способность к калибровке состояния пациента и удержанию альянса входят в структуру воздействия. Различия между терапевтами могут объяснять значительную

часть вариативности результата, при этом эти различия трудно измерить и трудно стандартизировать без потери клинической естественности. В психотерапевтических исследованиях давно обсуждается эффект терапевта как существенный фактор исхода, и гипнотерапия, будучи высоко суггестивным методом, делает этот фактор особенно заметным (Norcross J.C., Wampold B.E., 2011; Wampold B.E., 2015). Следовательно, попытка «устранить» терапевта через механическую стандартизацию текста может привести к парадоксу: процедура будет стандартизирована, но терапевтическая эффективность снизится, а результаты перестанут отражать реальную клиническую гипнотерапию.

Третья трудность заключается в том, что гипноз — это метод, в котором индивидуализация зачастую является не только клиническим выбором, но и частью механизма. В эриксоновской традиции, например, индивидуализация формулировок, метафор и косвенных внушений рассматривается как ключ к эффективности, поскольку она опирается на особенности языка, опыта и сопротивления пациента (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979). Даже в более директивных подходах терапевт постоянно калибрует темп, глубину, тип внушений и способы завершения сеанса в зависимости от реакции пациента. Для науки это создаёт трудность описания: как стандартизировать то, что по определению адаптивно? Слишком жёсткая стандартизация превращает гипноз в «протокол без клиники», тогда как слишком свободное описание превра-

щает его в «клинику без протокола», то есть в метод, непригодный для воспроизводимого исследования и академического цитирования (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Япко М., 2012).

Особое значение имеют ожидания и контекст, поскольку гипноз чувствителен к эффектам ожидания и к формированию смысловой рамки. В исследовании изменение инструкций, тона, формулировок цели и даже статуса помещения способно изменять результаты. Это не означает, что гипноз «работает только как плацебо», но означает, что ожидание является компонентом механизма и, следовательно, должно быть учтено в стандартизации. В противном случае разные исследования будут сравнивать не столько эффекты гипноза, сколько эффекты различных рамок внушения, различий в психообразовании и степени доверия к исследователю (Kirsch I., 1994; Colloca L., Benedetti F., 2005). Стандартизация в гипнозе неизбежно должна включать стандартизацию объяснения метода и стандартизацию контракта, иначе неизбежно возникает дрейф эффекта в зависимости от контекста.

Отдельным методологическим узлом является проблема «контрольного условия». В классическом эксперименте требуется сравнение с плацебо или с активным контролем. В гипнозе выбор контроля чрезвычайно сложен. Если сравнивать гипноз с «отсутствием вмешательства», то мы получаем завышенную оценку эффекта из-за неспецифических фак-

торов: внимания, ожидания, релаксации и поддержки. Если сравнивать с релаксацией, то мы рискуем недооценить эффект гипноза, потому что часть механизмов гипноза действительно пересекается с релаксационными и регуляторными практиками. Если сравнивать с другой психотерапией, то мы сравниваем комплексные методы, где различия могут быть обусловлены не гипнозом как таковым, а дизайном и компетентностью терапевта. Именно поэтому в современной литературе часто используются активные контрольные условия, которые максимально близки по структуре взаимодействия, времени и ожиданиям, но отличаются по ключевому механизму, например по наличию специфических внушений или по форме фокусировки внимания (Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013). Однако создание такого контроля требует высокой методологической культуры и ясного понимания того, что именно считается «активным компонентом» гипноза в данной модели.

Дополнительную трудность создаёт измерение исходов и их воспроизводимость во времени. В клинике гипноз часто направлен на изменение субъективного опыта, а не на мгновенный поведенческий результат. Пациент может демонстрировать улучшение в кабинете, но возвращаться к симптоматике дома, если не сформирована интеграция и навыки саморегуляции. Поэтому стандартизация должна касаться не только сеанса, но и всего терапевтического цикла:

числа встреч, структуры домашней практики, мониторинга симптомов и критериев завершения. В исследованиях часто наблюдается проблема краткосрочного измерения: эффект оценивается сразу после сеанса, тогда как клинически значима устойчивость результата через недели и месяцы. Это особенно важно при расстройствах в рамках МКБ-10/11, где устойчивость ремиссии и улучшение функционирования являются ключевыми клиническими критериями, а не только краткосрочное уменьшение тревоги или боли (ВОЗ, 1992; Kazdin A.E., 2007). Следовательно, воспроизводимость в гипнозе должна пониматься не только как повторяемость лабораторного феномена, но и как воспроизводимость клинического исхода в реальной практике, что требует других дизайнов и другой логики оценки.

Вопрос воспроизводимости осложняется также тем, что гипноз имеет сильный компонент обучения. Пациент в процессе терапии приобретает навыки фокусировки внимания, саморегуляции и работы с образами. Повторный сеанс уже не является повторением «того же» состояния: пациент становится другим, его ожидания и способности меняются. С одной стороны, это клиническое преимущество, поскольку оно обеспечивает долговременный эффект. С другой стороны, это методологическое осложнение: воспроизводимость эффекта в повторных измерениях может отражать не стабильность феномена, а эффект обучения. Для исследований это означает необходимость различать «эффект первого кон-

такта» и «эффект обученного пациента», а также учитывать динамику навыка как часть модели (Hilgard E.R., 1977; Япко М., 2012).

В психиатрической популяции добавляется ещё один слой сложности: влияние психопатологии и медикаментозного лечения на воспроизводимость. Пациенты с выраженной тревогой, депрессией, психосоматическими расстройствами или зависимостями нередко имеют колеблющуюся симптоматику, зависящую от стресса, сна, соматического состояния и социальной ситуации. В рамках МКБ-10/11 клинические картины могут быть динамичными, а коморбидность — правилом, а не исключением. Это создаёт фон, на котором воспроизводимость эффекта гипноза требует стратификации по диагнозам, по тяжести, по коморбидности и по лечению. Иначе гипноз будет казаться «неустойчивым» методом, хотя в действительности нестабилен клинический контекст, в котором он применяется . Поэтому стандартизация в клинических исследованиях гипноза должна включать не только протокол гипнотической интервенции, но и стандартизацию диагностики, критериев включения, сопутствующей терапии и мониторинга.

Возникает закономерный вопрос: возможна ли вообще стандартизация гипноза, не уничтожающая его клиническую сущность? Ответ, который постепенно сформировался в современной методологии психотерапевтических исследований, заключается в переходе от жёсткой стандартизации тек-

ста к стандартизации компонентов и принципов. Стандартизируется не дословное содержание речи, а структура вмешательства: этапы подготовки, тип индукции, способ калибровки, критерии выбора внушений, процедура завершения, требования к безопасности и этике, а также алгоритм оценки результата. Такой подход позволяет сохранять индивидуализацию внутри заданной рамки и делает метод описуемым и воспроизводимым на уровне протокола, а не на уровне «магической формулы» (Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., 2002; Norcross J.C., Wampold B.E., 2011). Именно поэтому в клинической гипнотерапии особое значение приобретают мануалы, чек-листы безопасности и протоколы описания сеанса, которые фиксируют, что было сделано, почему было сделано и как оценивалась реакция пациента. Такая документация не противоречит клиническому искусству; напротив, она превращает опыт в академически цитируемую практику.

Воспроизводимость, в свою очередь, должна рассматриваться в двух регистрах: лабораторном и клиническом. В лабораторном регистре воспроизводимость предполагает повторяемость феноменов при стандартизированных условиях и измерениях, что требует строгого контроля ожиданий, отбора по гипнабельности и ясных контрольных условий. В клиническом регистре воспроизводимость означает возможность получить сходные исходы при сходных диагнозах и клинических задачах при условии соблюдения принципов

протокола и профессиональной компетентности. Эти регистры не тождественны, но взаимодополняют друг друга. Лаборатория помогает уточнить механизмы и феноменологию, клиника — подтвердить применимость и значимость. Когда эти два регистра смешиваются без различения, возникают ложные ожидания: либо от лаборатории требуют «реальной клиники», либо от клиники требуют «лабораторной чистоты». Методологическая зрелость исследования гипноза заключается в ясном выборе регистра и в корректном описании того, что именно воспроизводится и при каких условиях (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013).

Таким образом, трудности стандартизации и воспроизводимости в гипнозе являются не случайной проблемой, а отражением его природы как контекстно-зависимого, межличностного и обучающего метода. Научный путь гипноза заключается не в попытке превратить его в «таблетку словами», а в разработке многоуровневых протоколов описания и оценки, которые сохраняют клиническую индивидуализацию и одновременно обеспечивают сопоставимость результатов. Эта логика подводит к следующей подглаве, где будет рассмотрено, почему субъективность в гипнозе является одновременно методологической проблемой и ресурсом, и каким образом наука может работать с субъективным опытом не как с помехой, а как с данными, требующими особых инструментов измерения и интерпретации (Oakley D.A.,

Halligan P.W., 2013; Wampold B.E., 2015).

3.3. Субъективность как методологическая проблема и ресурс

Гипноз занимает в клинической психиатрии и психологии парадоксальное положение: с одной стороны, он предъявляет исследователю и практику наиболее «трудный» для естественнонаучной традиции материал — субъективный опыт; с другой стороны, именно через этот опыт реализуются его ключевые терапевтические эффекты. В методологической перспективе субъективность долго рассматривалась как источник ошибок, как «шум», который необходимо минимизировать, чтобы выявить объективные закономерности. Однако развитие психотерапевтических исследований, когнитивной науки и современной философии сознания привело к более зрелой позиции: субъективность может быть не только проблемой измерения, но и самостоятельным уровнем данных, без которого описание психических явлений оказывается редуцированным и клинически бесплодным (Jaspers K., 1913; Wampold B.E., 2015). В отношении гипноза это особенно очевидно, поскольку транс, внушение, диссоциация, изменения восприятия и чувство непроизвольности — феномены, которые изначально существуют как переживания, и лишь вторично проявляются в поведении или физиологии

(Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Субъективность как методологическая проблема возникает, прежде всего, из-за трудности обеспечения межсубъектной сопоставимости. Если один пациент сообщает о «глубоком трансе», другой — о «легком расслаблении», третий — о «пустоте» и «отсутствии мыслей», то в научной логике требуется понять, относятся ли эти описания к одному и тому же состоянию, к разным состояниям или к разным языкам описания близкого феномена. В клинике терапевт решает эту задачу через калибровку: он опирается на невербальные признаки, на динамику речи и дыхания, на качество контакта, на степень абсорбции и на реакцию на внушение. Но научная процедура требует формализуемого описания, иначе наблюдение не может быть проверено и сопоставлено. Здесь проявляется классическая дилемма психологии и психиатрии: феноменология богата и клинически значима, но плохо вписывается в простые количественные метрики (Jaspers K., 1913; Popper K., 1959).

Проблема осложняется тем, что субъективные отчёты не являются «прозрачным окном» в психику. Они подвержены влиянию памяти, ожиданий, социально желательного поведения, когнитивных схем и культурных представлений о гипнозе. Пациент, убеждённый, что «гипноз — это сон», может описывать любой транс как «не получилось, потому что я всё слышал». Другой пациент, ожидающий «чуда», может сообщать о выраженных изменениях, интерпретируя обыч-

ное расслабление как «глубокий гипноз». Следовательно, отчёт о переживании — это одновременно и данные о внутреннем состоянии, и данные о представлениях пациента, которые сами входят в механизм внушения (Kirsch I., 1994; Spiegel H., Spiegel D., 2004). Для исследователя это означает, что субъективность нельзя просто «принять на веру», но и нельзя её игнорировать: требуется метод, который позволит различать феноменологический компонент и интерпретационный компонент, не разрушая их клинической значимости.

Ещё одна методологическая трудность связана с тем, что гипноз часто включает феномен «непроизвольности» — переживание того, что действие или изменение ощущения происходит как бы «само», без привычного волевого контроля. Этот феномен важен, потому что он отличает гипнотические реакции от простого сотрудничества. Однако непроизвольность — переживание, которое не может быть непосредственно наблюдено извне; оно выражается через язык и через контекстное поведение. В некоторых случаях пациент может демонстрировать поведенческую реакцию, но не сообщать о непроизвольности, воспринимая происходящее как сознательное выполнение инструкции. В других случаях, напротив, пациент может сообщать о непроизвольности при минимальной объективной реакции. Это создаёт методологическую неопределённость: какие данные считать первичными? Ответ зависит от теоретической позиции. Диссоциативные модели подчёркивают изменение агентности и кон-

троля как ключевой механизм (Hilgard E.R., 1977), социокогнитивные модели указывают, что переживание непроизвольности может формироваться под влиянием ожиданий и интерпретаций, а значит требует критического анализа (Barber T.X., 1969; Kirsch I., 1994). Для клинической гипнотерапии важно другое: независимо от теоретического спора, переживание непроизвольности часто коррелирует с ощущением «реальности» эффекта и с готовностью пациента полагаться на внутренние ресурсы, что может усиливать терапевтическую динамику, если управляется корректно и этично (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М., 2012).

Однако субъективность в гипнозе является не только препятствием. Она является также инструментом терапии и «полем данных», которое нельзя заменить никакими внешними коррелятами. Поскольку гипнотерапия направлена на модификацию опыта — боли, тревоги, навязчивых мыслей, телесных ощущений, сна, — её результат в конечном итоге оценивается самим пациентом. В клинике нет смысла считать успешным вмешательство, которое изменило ЭЭГ или функциональную сеть, но не изменило страдание. В доказательной медицине всё большее внимание уделяется пациент-ориентированным исходам, включая качество жизни, субъективную интенсивность симптомов и функциональное восстановление (Kazdin A.E., 2007; Wampold B.E., 2015). Гипноз в этом отношении находится в центре современной парадигмы: он требует измерять не только то, что «видит ис-

следователь», но и то, что переживает пациент.

С философской точки зрения это возвращает нас к более глубокой проблеме: психиатрия и психотерапия имеют дело с явлениями, где субъективный смысл является частью объекта исследования. В этом отношении гипноз выступает как концентрированная модель всей психиатрической реальности. Если депрессия, тревога или травматический опыт в рамках МКБ-10/11 описываются через симптомы и критерии, то сами симптомы во многом являются субъективными — чувство безнадёжности, навязчивые мысли, внутреннее напряжение, дереализация, деперсонализация. Даже когда критерии формализованы, их содержание остаётся феноменологическим. Следовательно, отказ от субъективности в гипнозе был бы методологически непоследовательным: он означал бы отказ от существенной части данных, которые и в других разделах психиатрии считаются валидными (ВОЗ, 1992; Jaspers K., 1913). Более корректная позиция заключается в том, чтобы развивать инструменты работы с субъективными данными, а не пытаться их устранить.

На практике это означает необходимость различать уровни субъективности. Первый уровень — непосредственные переживания во время сеанса: изменения внимания, ощущений, образов, времени, тела и агентности. Второй уровень — интерпретации и атрибуции: «это гипноз» или «это расслабление», «это внушение» или «это моя воля», «это терапевт сделал» или «это я смог». Третий уровень — нарративные

перестройки: как пациент включает опыт гипноза в историю о себе, о болезни и о выздоровлении. Каждый уровень имеет клиническую ценность и методологические риски. Путаница уровней приводит к ошибкам: например, когда исследователь принимает интерпретацию за феномен, или когда терапевт воспринимает нарративное объяснение как доказательство механизма. Методологически зрелый подход заключается в том, чтобы собирать данные на каждом уровне и описывать их раздельно, признавая, что они взаимодействуют (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Субъективность является ресурсом ещё и потому, что она позволяет индивидуализировать гипнотерапию в рамках диагностической логики. В клинических категориях МКБ-10/11 один и тот же симптом может иметь разные феноменологические профили. Тревога может переживаться как соматическая мобилизация, как когнитивная катастрофизация или как экзистенциальная угроза; бессонница может быть связана с гиперактивацией, с навязчивыми мыслями или с депрессивной руминацией. Гипноз, будучи методом работы с переживанием, позволяет адресовать именно феноменологическое ядро симптома, а не только его внешнюю классификацию. Это не отменяет диагностической дисциплины; напротив, корректный диагноз задаёт границы безопасности и указывает, где субъективные феномены могут

быть ресурсом, а где — риском. Например, при выраженных диссоциативных тенденциях чрезмерное усиление трансовых переживаний может поддерживать избегание и расщепление, тогда как при тревожных расстройствах мягкая диссоциация от телесной тревоги может быть терапевтической (Spiegel H., Spiegel D., 2004). Таким образом, субъективность становится не «шумом», а клиническим ориентиром.

Наконец, субъективность является ресурсом и для науки, если использовать корректные методы её фиксации. Развитие психометрии, качественных методов и смешанных дизайнов позволяет работать с субъективными данными более строго, чем это было возможно в ранних этапах исследований гипноза. Психометрические шкалы не устраняют субъективность, но делают её сопоставимой; качественный анализ нарративов не подменяет эксперимент, но позволяет выявлять структуры опыта, которые затем можно тестировать количественно. В современной методологии психотерапии именно смешанные подходы всё чаще рассматриваются как адекватные для комплексных вмешательств, где часть эффекта обусловлена смыслом, отношением и субъективной переработкой опыта (Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., 2002; Kazdin A.E., 2007). Для гипноза это особенно важно, поскольку он находится на пересечении нейрофизиологии и семантики, а значит требует языка, способного удерживать оба измерения.

Следовательно, центральная методологическая задача в отношении субъективности — не устранить её, а дисциплинировать её описание. В клинической гипнотерапии это означает развитие стандарта феноменологического протоколирования: фиксировать не только «что было внушено», но и «как это переживалось», какие изменения внимания и агентности возникали, какие интерпретации сформировались, и как это соотносилось с диагнозом и клинической целью в рамках МКБ-10/11. Такой подход делает клинический опыт не мистическим, а описуемым и цитируемым. Одновременно он задаёт мост к следующей теме — доказательной медицине: именно субъективные, но стандартизируемые и клинически значимые исходы становятся ключевой точкой соприкосновения между гипнотерапией и современными требованиями к эффективности вмешательств. Поэтому в следующей подглаве будет рассмотрено, каким образом гипноз может быть интегрирован в рамку доказательной медицины, какие типы доказательств считаются наиболее релевантными, и как избежать методологических ловушек, превращающих гипноз либо в «недоказуемое искусство», либо в «редуцированную технику», теряющую клиническую сущность (Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013; Wampold B.E., 2015).

3.4. Гипноз и доказательная медицина

Обсуждение гипноза в координатах доказательной медицины неизбежно начинается с уточнения самого предмета доказательства. В клинической практике гипноз фигурирует как психотерапевтическая технология, то есть как сложное вмешательство, включающее вербальные и невербальные компоненты, структуру контакта, управление вниманием, формирование ожиданий, работу с образами, эмоциональную регуляцию и постгипнотические инструкции. В методологии исследований это означает, что гипноз не может быть редуцирован к «активному веществу» в фармакологическом смысле: здесь нет молекулы, дозы и линейной фармакокинетики, а терапевтический эффект формируется в системе «пациент—терапевт—контекст—процедура», в которой значение имеют и общие факторы психотерапии, и специфические техники внушения (Wampold B.E., 2015; Kazdin A.E., 2007). Следовательно, вопрос «доказан ли гипноз» корректно ставить не как бинарный, а как многоуровневый: доказанность зависит от того, для какого клинического исхода, в какой популяции, при каком диагнозе, в каком дизайне исследования и при каком стандарте контроля рассматривается вмешательство.

Доказательная медицина как методологическая рамка

строится на приоритете систематических обзоров и рандомизированных контролируемых исследований, но её современная трактовка включает также клиническую экспертизу и предпочтения пациента, то есть признаёт, что «лучшее доступное доказательство» не существует вне клинической интерпретации и этической ответственности (Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S., 1996). Для гипноза это особенно важно, поскольку клиническая значимость вмешательства часто проявляется именно в субъективных и функциональных исходах: снижение боли, уменьшение тревоги, улучшение сна, повышение контроля над симптомом, восстановление повседневной активности. Эти исходы принципиально измеримы и валидируемы, однако требуют аккуратного подбора шкал, времени наблюдения и критериев клинически значимого изменения, иначе исследование рискует обнаружить статистический эффект без клинического смысла или, напротив, не выявить важную для пациента динамику из-за неправильно выбранного инструмента (Kazdin A.E., 2007; Jacobson N.S., Truax P., 1991).

Исторически отношение научного сообщества к гипнозу осложнялось тем, что ранние описания часто не разделяли клинический феномен, демонстрационные практики и культурно-мифологические интерпретации. В результате «гипноз» длительное время существовал в научной коммуникации как термин с высокой семантической нагрузкой и

низкой операциональной определённостью. Доказательная медицина предъявляет к такой ситуации понятное требование: прежде чем сравнивать эффективность, необходимо определить вмешательство, стандартизировать процедуру, обозначить квалификацию терапевта и описать контекст применения. Именно здесь гипноз сталкивается с собственной методологической уязвимостью: вариативность индукций и внушений — клиническое достоинство, но для исследования — источник гетерогенности, снижающей сопоставимость результатов и усложняющей метааналитическую агрегацию (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., 2002). Поэтому вопрос доказательности гипноза нельзя решать без параллельного вопроса о «модели вмешательства»: что именно считается гипнотерапией в данном исследовании, какой компонент считается специфическим и как контролируются общие факторы психотерапии.

Особую сложность представляет выбор контрольного условия. В фармакотерапии возможно плацебо, визуально и процедурно имитирующее активное лечение; в гипнотерапии «плацебо-гипноз» неочевиден, поскольку сама процедура взаимодействия, ожидания и авторитет терапевта уже являются активными элементами. Если контроль — лист ожидания, эффект гипноза может быть завышен из-за отсутствия контакта и внимания; если контроль — релаксация, часть «активного ингредиента» гипноза может быть в зна-

чительной степени общим механизмом, и тогда вопрос смещается от «работает ли гипноз» к «добавляет ли гипноз специфическое преимущество поверх релаксации». Если контроль — поддерживающая беседа или психообразование, возникает проблема эквивалентности дозы внимания и терапевтической вовлечённости (Kirsch I., 1994; Wampold B.E., 2015). В современной методологии психотерапии это рассматривается как фундаментальная, но решаемая проблема: корректные сравнения требуют «активных контролей», сопоставимых по структуре и времени, а также прозрачного описания того, какие компоненты вмешательства считаются специфическими (Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., 2002; Kazdin A.E., 2007).

Отдельного анализа заслуживает роль ожиданий и внушаемости. В гипнозе ожидание не является внешним искажением; оно входит в механизм воздействия. Это принципиально отличает гипнотерапию от вмешательств, где ожидание трактуется преимущественно как плацебо-эффект. В гипнозе ожидание может быть как терапевтическим ресурсом, так и источником систематической ошибки измерения. С одной стороны, формирование реалистичных ожиданий — клиническая необходимость и этическая обязанность терапевта; с другой стороны, если исследование не измеряет ожидания и не балансирует их между группами, интерпретация эффекта становится методологически уязвимой (Kirsch I., 1994; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013). От-

сюда следует важный вывод для доказательной базы гипноза: исследования должны учитывать медиаторы и модераторы — гипнабельность, ожидания, степень терапевтического альянса, коморбидность, базовую тяжесть симптомов, а также особенности диагностической группы. Это не «усложнение ради усложнения», а необходимое условие клинически применимой интерпретации.

В клинической психиатрии дополнительный слой сложности возникает из-за диагностической неоднородности и коморбидности. МКБ-10/11 дают систематизированные рубрики и критерии, однако реальный пациент часто представляет смешанную картину: тревожные симптомы могут сосуществовать с депрессивными, соматоформными, обсессивно-компульсивными проявлениями, нарушениями сна и личностными особенностями. В доказательной медицине это приводит к классической дилемме внешней и внутренней валидности: строгое исследование стремится к «чистым» выборкам, но клиническая практика работает с «нечистыми» случаями. Гипнотерапия, как правило, применяется именно в этой «реальной» зоне, где цель — не только редукция одного симптома, но и функциональная стабилизация пациента. Следовательно, доказательная база должна включать как исследования на строго отобранных выборках, так и исследования эффективности в реальных условиях оказания помощи, где применимость результатов выше (Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes

R.B., Richardson W.S., 1996; Kazdin A.E., 2007). Для автора клинического руководства принципиально важно удерживать обе перспективы: не обещать универсальности там, где доказательства ограничены, и не отказываться от метода там, где он клинически полезен, но исследовательски сложен.

Вопрос доказательной медицины касается не только эффективности, но и безопасности. Для гипноза это означает необходимость фиксировать нежелательные эффекты, риски ятрогении и типичные ошибки применения. В научной коммуникации гипноз нередко обсуждается как «мягкое» вмешательство, однако клиническая реальность показывает, что при некорректном отборе пациентов, при нарушении границ, при чрезмерной активации диссоциации или при внушениях, конфликтующих с личностной структурой, возможны ухудшения, усиление тревоги, обострение диссоциативных симптомов, формирование зависимых отношений с терапевтом и другие неблагоприятные исходы. Доказательная медицина требует учитывать эти риски так же строго, как и терапевтические эффекты, особенно когда речь идёт о психиатрических пациентах, где риск декомпенсации изначально выше (Spiegel H., Spiegel D., 2004; Япко М., 2012). В терминах МКБ-10/11 это означает необходимость явного обозначения ограничений и противопоказаний при определённых состояниях, а также описания мониторинга состояния в динамике, поскольку безопасность — это не статический ярлык, а процесс клинического наблюдения.

Существует и более тонкая проблема: что именно считать исходом гипнотерапии. В биомедицинской модели исход часто понимается как редукция симптома. В психотерапии это недостаточно, поскольку значимы изменения в саморегуляции, в отношении к симптомам, в избегании, в поведенческих паттернах и в качестве жизни. Для гипноза особенно характерно, что эффект может проявляться как «переконфигурация опыта»: пациент может продолжать испытывать телесные сигналы, но перестать их катастрофизировать; может сохранять остаточную тревогу, но обрести навыки быстрого восстановления; может иметь эпизоды бессонницы, но перестать входить в порочный круг страха сна. Если исследование фиксирует только «полное исчезновение симптома», оно систематически недооценит клиническую пользу вмешательства; если фиксирует слишком широкий набор исходов без предварительной гипотезы, оно потеряет фокус и повысит риск случайных находок (Kazdin A.E., 2007; Jacobson N.S., Truax P., 1991). Следовательно, доказательная модель гипноза должна строиться на иерархии исходов: первичные клинические конечные точки, вторичные функциональные показатели и, по возможности, медиаторы механизма (например, изменение катастрофизации, изменение диссоциативной реакции на стресс, изменение навыков саморегуляции). Эта логика делает гипноз сопоставимым с современными стандартами психотерапевтических исследований.

Доказательная медицина также неизбежно сталкивает

гипноз с вопросом о механизмах. В истории гипноза механистические объяснения часто колебались между физиологизмом и мистификацией. Современный научный контекст предлагает более продуктивную позицию: гипноз можно рассматривать как управляемую модификацию внимания, ожиданий и когнитивно-аффективной переработки, которая проявляется в изменении восприятия, памяти, боли и регуляции эмоций. При этом механизмы не обязательно должны быть едиными для всех эффектов: гипноаналгезия, работа с фобической тревогой и коррекция функциональных симптомов могут иметь частично разные пути реализации, хотя и опираются на общие принципы абсорбции, диссоциации и внушения (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Для доказательной базы это означает, что «механизм» должен быть не метафорой, а исследуемой гипотезой, проверяемой через медиаторные модели и экспериментальные парадигмы, где возможно отделить специфическую часть эффекта от неспецифической (Kazdin A.E., 2007).

Отдельной задачей является место гипноза в системе комплексного лечения психических расстройств. Клиническая практика, особенно психиатрическая, редко строится на монотерапии. Пациент с тревожно-депрессивной симптоматикой в логике МКБ может получать фармакотерапию, психотерапию, психообразование, коррекцию сна и образа жизни; при наличии соматических коморбидностей — сомати-

ческое лечение. Гипноз в таком контексте может выступать как самостоятельное вмешательство при определённых состояниях, как адъювант к когнитивно-поведенческой терапии или психодинамической работе, как средство облегчения симптома для повышения комплаентности и функциональности, как метод формирования навыков саморегуляции. Доказательная медицина требует честно указывать, где гипноз имеет преимущество как добавочный метод, а где его роль — поддерживающая и интегративная. В исследованиях это отражается в дизайнах «добавления» (treatment as usual + hypnosis vs treatment as usual), которые для клиники часто более релевантны, чем сравнение с нереалистичными «чистыми» условиями (Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013; Wampold B.E., 2015).

В контексте обсуждения доказательности важно подчеркнуть и культурно-профессиональный аспект. Непринятие гипноза научным сообществом часто связано не столько с отсутствием данных, сколько с исторической репутацией метода, его демонстрационными злоупотреблениями и размытостью терминологии. Доказательная медицина предлагает выход из этого конфликта через дисциплину описания: чёткое определение процедуры, ясные критерии отбора пациентов, этические стандарты, предрегистрация гипотез, прозрачная отчётность о результатах и нежелательных явлениях. Иными словами, путь «реабилитации» гипноза в академической среде проходит не через апологетику, а через ме-

тодологическую строгость и готовность признавать границы метода там, где они существуют (Popper K., 1959; Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., 2002). Для научно-практического руководства это означает необходимость излагать гипноз одновременно как клиническое искусство и как дисциплинируемую технологию: искусство — в смысле мастерства общения и индивидуализации, технология — в смысле воспроизводимой структуры, которую можно обучать, наблюдать и исследовать.

На уровне практической методологии доказательная медицина требует, чтобы гипнотерапия была описана как протоколируемая последовательность клинических действий: подготовка и психообразование, формирование ожиданий, индукция, терапевтические внушения, интеграция, закрепление и домашние задания (включая самогипноз), а также критерии завершения и мониторинг. В исследовании этот протокол должен быть достаточно строгим, чтобы обеспечить воспроизводимость, и достаточно гибким, чтобы не разрушить клиническую адекватность. Это классическое напряжение между протоколизацией и индивидуализацией является общим для всей психотерапии, но в гипнозе оно особенно заметно, потому что «точность формулировок» и «согласование языка с пациентом» являются частью лечебного механизма (Япко М., 2012; Spiegel H., Spiegel D., 2004). Следовательно, доказательная модель гипноза должна учитывать вариативность как параметр вмешательства, а не как

дефект: протокол может описывать не только конкретные фразы, но и правила построения внушений, принципы метафоризации и критерии корректности вмешательства.

Наконец, доказательная медицина неизбежно подводит к вопросу о соотношении уровней доказательств. Даже при наличии качественных метаанализов по отдельным показаниям клиницист должен соотнести результаты с конкретным пациентом, его диагнозом по МКБ-10/11, тяжестью состояния, коморбидностью, ресурсами, мотивацией, предпочтениями и рисками. Там, где доказательства сильны, гипноз может становиться рекомендуемым компонентом терапии; там, где доказательства умеренные или ограниченные, он может быть оправдан как индивидуально подобранное вмешательство при соблюдении этических стандартов и информированного согласия; там, где есть риски или отсутствие данных в уязвимых группах, требуется осторожность и, возможно, отказ от метода. Такая позиция не умаляет гипноза, а возвращает его в зрелое клиническое поле, где ценится не «универсальная эффективность», а точность показаний, качество исполнения и безопасность пациента (Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S., 1996).

Тем самым гипноз и доказательная медицина не находятся в отношениях взаимного исключения. Их конфликт возникает лишь тогда, когда гипноз предъявляется как мистическая сила, не требующая проверки, или когда дока-

зательная медицина понимается как узкий редукционизм, допускающий только те эффекты, которые легко измеряются лабораторными приборами. В более адекватной перспективе гипноз — это клиническое вмешательство, которое можно и необходимо изучать строгими методами, но эти методы должны быть адаптированы к природе психотерапевтического процесса. Именно эта адаптация — выбор корректных контролей, измерение ожиданий и модераторов, иерархия исходов, фиксация безопасности и прозрачность протокола — и составляет методологическую программу, позволяющую гипнозу занять устойчивое место в современной клинической психиатрии и психологии, оставаясь одновременно практичным инструментом и академически цитируемым объектом исследования (Kazdin A.E., 2007; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013; Wampold B.E., 2015).

3.5. Этика научных исследований в гипнотерапии

Этика научных исследований в гипнотерапии занимает в методологии особое место, поскольку объект исследования здесь не сводим к изолированному воздействию на организм, а представляет собой вмешательство в структуру переживания, внимания, памяти, самоотношения и межлич-

ностного доверия. В гипнозе этические риски возникают не только «на выходе» в виде возможных неблагоприятных эффектов, но и «внутри» процедуры: сама техника предполагает усиление восприимчивости к смысловым установкам, перераспределение контроля между участниками взаимодействия и временное смещение привычных регуляторных механизмов сознания. Следовательно, этическая рамка гипнотерапевтического исследования должна быть шире, чем традиционная биомедицинская модель «польза—риск», и включать вопросы автономии, достоинства, границ влияния и допустимой степени психологической уязвимости исследуемого субъекта (Beauchamp T.L., Childress J.F., 2013; World Medical Association, 2013).

Классическим основанием современной исследовательской этики является принцип уважения к личности и автономии, который требует, чтобы участие в исследовании было добровольным, информированным и прекращаемым по инициативе участника без санкций. В гипнотерапии эта норма получает дополнительную глубину: информированное согласие должно охватывать не только общие сведения о целях и процедурах, но и специфику гипнотических феноменов, включая возможные изменения субъективного контроля, переживание диссоциации, усиление эмоциональных реакций, вероятность вспоминания травматического материала, а также риск формирования зависимого отношения к терапевту-исследователю. Если участник не понимает, что

гипноз не является «магическим выключателем» симптома и не гарантирует воспоминаний «как на видеозаписи», он может согласиться на исследование, исходя из ошибочных ожиданий, что само по себе является этической проблемой, поскольку согласие становится формально добровольным, но содержательно дефектным (Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008; Япко М., 2012). Поэтому научная этика гипнотерапии предполагает обязанность исследователя к психообразованию участника ещё до рандомизации, при этом психообразование должно быть нейтральным, не усиливать эффект ожиданий и одновременно не дискредитировать вмешательство, иначе возникают как этические, так и методологические искажения (Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013).

Вторым фундаментальным основанием является принцип благодеяния и непричинения вреда. В психотерапевтических исследованиях это означает необходимость не только оценивать средний эффект, но и прогнозировать индивидуальные риски, включая возможность ухудшения состояния. Гипнотерапия способна вызывать выраженные эмоциональные реакции, особенно в исследованиях, касающихся травмы, боли, паники и соматоформных симптомов. Следовательно, этическое проектирование исследования требует предварительной клинической стратификации: участники с определёнными формами психопатологии могут нуждаться в исключении из исследования или в специальных

условиях безопасности. Здесь важно мыслить в категориях МКБ-10/11: например, состояния с выраженной психотической симптоматикой, острыми суицидальными рисками, тяжёлыми диссоциативными расстройствами, нестабильными личностными структурами и декомпенсированными зависимостями требуют особенно осторожного подхода, а иногда и отказа от включения в протокол по причине неприемлемого риска ятрогении . Этическая корректность исследования предполагает, что критерии исключения и меры поддержки описаны заранее, а не формируются ситуативно в процессе набора выборки, поскольку ситуативность создаёт конфликт интересов между научной целью и безопасностью участника (Beauchamp T.L., Childress J.F., 2013).

Для гипнотерапевтических исследований характерна уникальная зона риска, связанная с памятью и внушением. Исторические дискуссии о «восстановлении воспоминаний» показали, что при определённых условиях внушающие процедуры могут повышать вероятность конфабуляций и субъективной уверенности в реконструированных событиях, что особенно критично в клинических и судебно-психиатрических контекстах. Поэтому этически ответственная гипнотерапевтическая методология требует избегать внушений, ориентированных на поиск конкретных «скрытых воспоминаний», и не допускать формулировок, которые имплицитно предписывают наличие травматического события. В исследовании допустима работа с эмоциональными и телесны-

ми маркерами опыта, с симптомом и с регуляцией, но недопустима подмена терапевтической задачи задачей «добычи фактов» из памяти, поскольку это смешивает клиническую практику с когнитивно-уязвимыми процедурами и может приводить к серьёзным социальным и юридическим последствиям для участника (Loftus E.F., 2005; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). В этическом протоколе это должно быть отражено как запрет на определённые типы внушений и как требование к исследователю поддерживать эпистемическую осторожность: «переживание в гипнозе» не эквивалентно «доказанному факту биографии».

Следующий ключевой блок — проблема власти и границ влияния. В гипнозе асимметрия статуса и авторитета терапевта усиливается самой процедурой: участник воспринимает исследователя как носителя техники, обещающей облегчение, а состояние повышенной внушаемости может усиливать готовность соглашаться, соответствовать ожиданиям и интерпретировать свои реакции как «правильные». Это формирует риски скрытого принуждения, даже при формально корректном согласии. Этический стандарт здесь требует минимизировать давление: исключить избыточные обещания эффективности, тщательно описывать альтернативы, обеспечивать возможность отказа без потери доступа к лечению и разделять роли исследователя и лечащего врача там, где это возможно. В идеале оценка исходов должна проводиться «слепыми» экспертами, а участнику должно быть разъяс-

нено, что в исследовании он может попасть в любую группу, и это не является оценкой его «внушаемости» как личностного достоинства или недостатка (Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., 2002; Wampold B.E., 2015). Особенно важно избегать стигматизирующей трактовки гипнабельности: этически недопустимо связывать «низкую гипнабельность» с «плохой мотивацией» или «сопротивлением», если это не подтверждено клинической логикой и не обсуждается с участником в уважительном ключе (Hilgard E.R., 1977; Япко М., 2012).

Этика исследований тесно связана с дизайном контроля. В гипнотерапии, как обсуждалось ранее, контрольные условия нередко включают лист ожидания или минимальное вмешательство. С этической точки зрения лист ожидания допустим только там, где задержка лечения не ухудшает состояние и где участнику гарантирована доступность помощи при ухудшении. В психиатрии и клинической психологии это условие выполняется не всегда: при выраженной тревоге, депрессии, нарушениях сна и соматоформной симптоматике задержка терапии может приводить к усугублению страдания и функциональному снижению. Поэтому этически предпочтительны активные контролирующие вмешательства и дизайн «добавления к стандартной терапии», когда никто не остаётся без помощи, а исследование сравнивает дополнительные эффекты гипноза сверх обычного лечения (Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes

R.B., Richardson W.S., 1996; Montgomery G.H., Schnur J.B., Kravits K., 2013). Более того, в протоколе должно быть прописано, что является «стандартной терапией» в терминах конкретной системы здравоохранения и в отношении диагностических категорий МКБ-10/11, поскольку этика не существует в вакууме: то, что является допустимым контролем в одной клинической среде, может быть недопустимым в другой.

В психотерапевтических исследованиях существенным этическим элементом является конфиденциальность и защита данных. В гипнотерапии собираемые материалы часто включают не только анкеты, но и аудио- или видеозаписи сеансов, нарративы, описания образов, интимные фрагменты биографии, а также данные о телесных реакциях и эмоциональных состояниях. Эти данные относятся к высокочувствительным и требуют строгих процедур хранения, псевдонимизации и ограниченного доступа. Более того, участник должен понимать, что именно записывается и для чего, кто будет иметь доступ, как долго будут храниться материалы и возможно ли их удаление по просьбе участника в рамках применимого законодательства и этических норм (World Medical Association, 2013). В научных публикациях необходимо избегать иллюстративных клинических виньеток, по которым участник может быть узнаваем, что особенно актуально в небольших выборках и локальных клиниках. В условиях развития цифровой медицины эти требования усили-

ваются, поскольку риск утечек, повторной идентификации и неконтролируемого распространения записей возрастает (European Parliament and Council, 2016).

Особое место занимает этика работы с уязвимыми группами. В гипнотерапевтических исследованиях к таким группам относятся дети и подростки, пациенты с когнитивными нарушениями, лица с выраженной зависимостью, с тяжёлой депрессией и суицидальными тенденциями, а также пациенты, находящиеся под административным или судебным контролем, что особенно важно в судебно-психиатрической практике. Уязвимость означает не только «слабость», но и повышенную вероятность того, что согласие будет формальным, а отказ — затруднённым. Этический стандарт требует дополнительных гарантий: независимого наблюдателя, усиленной процедуры согласия, участия законных представителей там, где это необходимо, а также ясного разделения между исследованием и обязательным лечением или экспертизой. В контексте пенитенциарных систем это особенно чувствительно: любое исследование, связанное с психологическими методами воздействия, может быть воспринято как форма давления, поэтому необходимы строгие ограничения, прозрачность и независимый этический контроль (World Medical Association, 2013; Beauchamp T.L., Childress J.F., 2013).

Проблема ятрогении в гипнотерапевтических исследованиях имеет не только клинический, но и методологический

аспект. Исследователь может непреднамеренно сформировать у участника интерпретации симптомов, которые закрепляют болезнь, усиливают соматизацию или создают зависимость от процедур. Например, если участнику внушается, что без гипноза он «не способен контролировать тревогу», это может повышать краткосрочную комплаентность, но снижать автономию и самоэффективность в долгосрочной перспективе. Следовательно, этика требует ориентировать внушения на развитие навыков саморегуляции и самостоятельности, а не на укрепление роли терапевта как единственного источника облегчения (Бандура А., 1997; Япко М., 2012). В исследовательском протоколе это может быть отражено в требованиях к формулировкам внушений, к структуре постгипнотических инструкций и к обязательному компоненту «дебрифинга», где участнику объясняется смысл пережитого опыта и подчеркивается его собственная роль в изменениях.

Этика исследований в гипнотерапии включает также проблему компетентности исследователя. В отличие от многих вмешательств, где качество исполнения определяется соблюдением технических параметров, гипноз требует клинического мастерства, умения распознавать ранние признаки дестабилизации, корректно работать с диссоциацией и травматическим материалом, а также навыков поддерживающей психотерапевтической коммуникации. Этический стандарт предполагает, что исследователь обладает достаточной ква-

лификацией, проходит супервизию и следует профессиональным протоколам. Недостаточная компетентность является не только угрозой валидности, но и прямым риском для участника, а следовательно — этическим нарушением. В научной отчётности необходимо описывать подготовку терапевтов, критерии их допуска к протоколу и меры контроля качества (Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T., 2002; Spiegel H., Spiegel D., 2004). Эта позиция особенно актуальна в связи с распространением кратких коммерческих обучений, после которых специалисты без клинической базы могут пытаться проводить «исследования», не осознавая рисков психопатологии.

Этический анализ невозможен без признания конфликта интересов. Гипноз исторически находится на границе науки и рынка: вокруг него существует значительный коммерческий сектор, включающий тренинги, сертификации и массовые практики. В условиях исследования любой финансовый или репутационный интерес исследователя может повлиять на дизайн, интерпретацию и публикацию результатов. Поэтому необходимы прозрачность финансирования, декларации интересов и готовность публиковать негативные или нулевые результаты. Более того, этика требует предрегистрации исследования и заранее определённых первичных конечных точек, иначе возрастает риск «подгонки» выводов под желаемый эффект (Ioannidis J.P.A., 2005; Nosek B.A., Ebersole C.R., DeHaven A.C., Mellor D.T., 2018). Для гипно-

терапии, где эффекты часто тонкие и зависят от контекста, эти требования особенно важны: без них научная литература может становиться селективно оптимистичной и тем самым вводить в заблуждение клиницистов и пациентов.

В рамках современного понимания доказательности этика включает не только защиту участника, но и социальную ответственность научного знания. Публикация результатов гипнотерапевтических исследований влияет на клинические практики, образовательные программы и ожидания пациентов. Следовательно, исследователь несёт этическую ответственность за то, чтобы выводы не были чрезмерно обобщены. Нельзя переносить результаты на популяции, не представленные в выборке, нельзя представлять гипноз как универсальную замену фармакотерапии или психотерапии, нельзя игнорировать ограничения, связанные с коморбидностью и тяжестью состояния. В психиатрии это особенно критично: при депрессии, биполярных расстройствах, психотических состояниях и выраженных расстройствах личности неправильное позиционирование метода может привести к отказу от необходимого лечения и к ухудшению исходов. Этически корректная наука обязана удерживать границы применимости и ясно сообщать о них (Beauchamp T.L., Childress J.F., 2013).

Наконец, в гипнотерапевтических исследованиях важен этический статус «дебрифинга» и постисследовательской помощи. В отличие от процедур, после которых участник

просто покидает лабораторию, гипноз может оставлять постэффекты: эмоциональные переживания, изменённое отношение к симптомам, повышенную чувствительность к внутренним сигналам. Этический протокол должен предусматривать возможность контакта после сеанса, критерии направления на дополнительную помощь и процедуру завершения участия, которая минимизирует зависимость от исследователя и одновременно обеспечивает безопасность. В клинических исследованиях это означает, что участник не может быть «брошен» после финальной оценки; ему должно быть предложено адекватное сопровождение или интеграция в стандартную помощь, особенно если в ходе исследования выявлены риски, ранее не диагностированные (World Medical Association, 2013; Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S., 1996).

Таким образом, этика научных исследований в гипнотерапии является не внешним «регуляторным приложением», а внутренней частью методологии, определяющей, какие дизайны допустимы, какие внушения корректны, какие группы можно включать, как фиксировать нежелательные явления и как интерпретировать результаты. Этика здесь выполняет двойную функцию: она защищает участника и одновременно защищает научное знание от искажений, возникающих из-за давления ожиданий, власти, коммерческих интересов и небрежной генерализации выводов. В результате гипноз, рассматриваемый в этически строгих протоколах, становит-

ся более «научным» не потому, что теряет свою клиническую индивидуализацию, а потому, что его влияние на человека признаётся достаточно сильным, чтобы требовать особой ответственности. Эта ответственность и является тем основанием, на котором возможна дальнейшая интеграция гипнотерапии в современную психиатрию и психологию — в рамках диагностических систем МКБ-10/11 и в логике доказательной медицины, ориентированной на благо пациента (Beauchamp T.L., Childress J.F., 2013).

ОТДЕЛ II. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ГИПНОЗА

Глава 4. Сознание и изменённые состояния сознания

4.1. Современные модели сознания

Переходя от методологических оснований к нейропсихологическим, важно подчеркнуть, что гипноз как клинический феномен неизбежно упирается в вопрос о природе сознания: что именно меняется в субъективном опыте пациента, какие регуляторные контуры «ослабевают» или, напротив, становятся более активными, и каким образом вербальное воздействие способно перестраивать восприятие, память, телесные ощущения и эмоциональные реакции. В современной науке сознание обычно рассматривается не как единая «субстанция», а как динамическая функциональная организация мозга, обеспечивающая субъективность, интеграцию информации и целенаправленную регуляцию поведения. При этом теоретические модели сознания развиваются в двух взаимодополняющих плоскостях: одни модели отвечают преимущественно на вопрос «какие нейронные механизмы делают информацию доступной для отчёта и контроля», другие — на вопрос «каким образом возникает феноменальная субъективность и чувство “пережива-

ния”» (Chalmers D.J., 1995; Dehaene S., 2014). Для клинической гипнотерапии, ориентированной на изменения симптома через управляемую перестройку внимания, ожиданий и саморегуляции, особенно значимы те модели, которые описывают границы между автоматическими и контролируемыми процессами, между локальной сенсорной обработкой и глобальной интеграцией, а также между рефлексивным самосознанием и имплицитными регуляторными системами (Posner M.I., Petersen S.E., 1990; Norman D.A., Shallice T., 1986).

Одним из наиболее влиятельных направлений является семейство теорий «глобального рабочего пространства», исторически восходящее к когнитивным моделям, где сознание понимается как ограниченный ресурс, обеспечивающий глобальный доступ к информации для множества специализированных подсистем. В классическом варианте сознательное содержание определяется тем, что оно «входит» в глобальное рабочее пространство, то есть становится широко доступным для памяти, речи, планирования и принятия решений (Baars B.J., 1988). Нейрокогнитивная версия этой модели, получившая известность как Global Neuronal Workspace, связывает сознание с быстрым распространением активности по фронто-париетальным и ассоциативным сетям, что обеспечивает переход от локальной обработки к интегрированному «глобальному вещанию» содержаний, доступных для отчёта и произвольного контроля (Dehaene

S., Changeux J.-P., 2011; Dehaene S., 2014). Для гипноза эта перспектива особенно важна потому, что многие гипнотические эффекты можно описывать как управляемую селекцию содержаний, допущенных в «глобальный доступ», и как перенастройку критериев того, что будет признано значимым, истинным или субъективно обязательным. Клинически это проявляется в способности пациента переживать внушённое восприятие как «непосредственную реальность» и, напротив, снижать доступ некоторых сигналов (например, болевых) к уровню отчётного переживания, не обязательно выключая их первичную сенсорную обработку полностью (Kihlstrom J.F., 1985; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

С другой стороны, глобальные модели сознания по своей природе тесно связаны с функцией отчётности и когнитивного контроля и нередко критически обсуждаются как описывающие, прежде всего, «доступное сознание», а не весь спектр феноменального опыта. В этой связи важное место занимает теория рекуррентной обработки, согласно которой сознательность может возникать уже на уровне повторных, рекуррентных взаимодействий сенсорных и ассоциативных областей, тогда как фронто-париетальная «глобализация» отражает скорее позднюю стадию, связанную с отчётом и задачами высокого уровня (Lamme V.A.F., 2006). Если принять такую перспективу, гипнотические феномены можно интерпретировать не только как манипуляцию «глобальным доступом», но и как изменение локальных рекуррент-

ных циклов, то есть перестройку самой ткани восприятия и воображения, где внушение выступает как контекстный сигнал, задающий вероятностную структуру переживания. Для клинициста это важно тем, что гипноз нередко действует не через рациональное убеждение, а через изменённую субъективную очевидность образа, ощущения или смысла, что соответствует более ранним уровням перцептивной организации, чем дискурсивное мышление (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Terhune D.B., Cleeremans A., Raz A., Lynn S.J., 2017).

Если глобальные и рекуррентные модели преимущественно отвечают на вопрос о «механизмах доступности», то теория интегрированной информации (Integrated Information Theory) делает акцент на количественной характеристике сознания как степени интеграции причинно-следственных взаимодействий внутри системы. Согласно этой логике, сознание соответствует структуре интегрированной информации, которую система способна генерировать «изнутри», а не просто обрабатывать входы и выходы; степень сознательности связана с параметром интеграции (Tononi G., 2004; Tononi G., Boly M., Massimini M., Koch C., 2016). В клиническом контексте IIT стимулировала исследования нарушений сознания, но для гипнотерапии её значение скорее концептуальное: она предлагает язык описания того, почему субъективный опыт не сводится к сумме модулей и почему изменение связности и интеграции между функцио-

нальными контурами может менять качество переживания. При этом практическое применение IIT к гипнозу остаётся дискуссионным, поскольку гипноз редко сопровождается грубым снижением уровня сознания; скорее речь идёт о перераспределении интеграции между системами внимания, самореференции, контроля и сенсорной модальности. Это заставляет рассматривать гипноз как тонкую реконфигурацию, а не как «отключение» сознания, и удерживать различие между уровнем бодрствования и содержанием переживания (Tononi G., Boly M., Massimini M., Koch C., 2016; Laureys S., Tononi G., 2009).

Другой крупный класс моделей сознания связан с идеей «высших порядков» (higher-order theories), где сознательное переживание понимается как результат того, что психическое состояние становится объектом метапредставления: мы не просто имеем восприятие, но «знаем», что мы его имеем, или представляем себе, что оно происходит у нас. Варианты этих теорий различаются по деталям, но общий тезис состоит в том, что феноменальность связана с рефлексивной структурой представлений, а не только с первичной сенсорной обработкой (Rosenthal D.M., 2005). Для гипнотерапии этот класс моделей важен тем, что гипноз способен влиять на метакогнитивные оценки: на чувство авторства действий, на уверенность в воспоминаниях, на интерпретацию телесных сигналов и на способность наблюдать психические процессы «со стороны». Клинически это особенно за-

метно в работе с тревогой и паникой, где изменение метапозиции по отношению к телесным ощущениям нередко является ключевым механизмом улучшения, а гипнотическое вмешательство может ускорять формирование новых метапредставлений о переживаниях как о переносимых и управляемых (Wells A., 2000; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). Одновременно именно здесь возникают этические и методологические риски, обсуждённые ранее: метапредставления о памяти могут становиться чрезмерно уверенными, если исследователь или терапевт не удерживает эпистемическую осторожность (Loftus E.F., 2005).

В последние десятилетия особое влияние на когнитивную науку и нейронауки оказала предиктивная парадигма, объединяемая термином predictive processing и связанная с принципом свободной энергии. В этой рамке мозг рассматривается как система, непрерывно генерирующая предсказания о причинах сенсорных сигналов и минимизирующая ошибки предсказания через обновление внутренних моделей или через действие, меняющее входные данные (Friston K., 2010; Clark A., 2013). Сознание в этом подходе обычно не редуцируется к одному механизму, но описывается как особый режим интеграции предсказаний и ошибок на разных уровнях иерархии, включая внимание как механизм «взвешивания точности» ошибок предсказания. Для гипноза данная модель даёт чрезвычайно продуктивный язык: внушение можно трактовать как контекстный сигнал высокого уровня,

который изменяет априорные ожидания, а гипнотическая индукция — как процедура, меняющая распределение внимания и точности сенсорных ошибок. Тогда гипноаналгезия, например, может быть описана как перестройка ожиданий и приоритетов интероцептивных сигналов: не обязательно «выключить» ноцицепцию, достаточно изменить то, как система интерпретирует и приоритизирует сенсорные данные, чтобы субъективная боль существенно уменьшилась (Friston K., 2010; Seth A.K., 2013). В клинической практике такой взгляд помогает избегать мистификации гипноза: эффект рассматривается как управляемая когнитивно-перцептивная реконфигурация, где ключевую роль играют ожидания, внимание, контекст доверия и индивидуальные различия внушаемости (Kirsch I., 1999; Raz A., 2011).

Психологические и нейробиологические модели сознания также активно развиваются вокруг понятия «самости» и самореференциальной обработки. Исследования сетей покоя, прежде всего, default mode network, и их взаимодействия с исполнительными и сенсорными сетями привели к представлению о сознании как о динамическом балансе между самореференцией, внешним вниманием и контролем. Хотя сами по себе сетевые модели не являются полноценной теорией сознания, они задают важный эмпирический каркас: субъективное «я» и поток переживаний оказываются связанными с устойчивыми паттернами крупномасштабной координации (Raichle M.E., 2015). Для гипноза этот слой дан-

ных значим потому, что многие феномены гипнотического опыта включают изменения самореференции: чувство отстранённости, изменённое авторство действий, необычные переживания контроля, а также специфическую «погружённость» во внутренние образы при ослаблении внешней отвлекаемости. С точки зрения клиники это позволяет связать гипнотические техники с задачей мягкой перенастройки самофокусировки у пациентов с тревогой, депрессией и соматизацией, где дисфункциональные циклы самонаблюдения и катастрофизации играют патогенетическую роль (Beck A.T., 1976; Clark D.M., 1986). В диагностических терминах МКБ-10/11 важно различать терапевтически управляемые изменения самореференции и патологические диссоциативные феномены, поскольку последние могут входить в структуру диссоциативных расстройств и требовать иной клинической тактики .

Отдельного рассмотрения заслуживает теория «схемы внимания», которая предлагает трактовать осознанность как модель внимания, формируемую мозгом для контроля собственных ресурсов. В этой перспективе субъективное чувство «осознавания» является упрощённой, но функционально полезной моделью того, что система делает, когда она распределяет внимание (Graziano M.S.A., 2013). Хотя данная теория остаётся предметом дискуссий, она привлекательна для гипнотерапии тем, что напрямую связывает феномен осознанности с механизмами внимания, а гипноз традици-

онно рассматривается как состояние, где внимание становится узко сфокусированным, контекстно направляемым и менее подверженным конкурирующим стимулам. Если осознанность действительно тесно сопряжена с внутренней моделью внимания, то гипнотические процедуры можно интерпретировать как целенаправленное изменение этой модели: пациент начинает «чувствовать», что внимание удерживается иначе, и это переживание становится опорой для внушения и терапевтических перестроек (Graziano M.S.A., 2013; Terhune D.B., Cleeremans A., Raz A., Lynn S.J., 2017).

Наконец, необходимо упомянуть традицию, связывающую сознание с интеграцией и «ядром» динамических процессов, где ключевую роль играют реентрантные взаимодействия и временная координация распределённых сетей. В рамках концепции «динамического ядра» сознание связывалось с быстрыми взаимными связями между таламо-кортикальными системами и корковыми областями, обеспечивающими одновременно дифференциацию и интеграцию опыта (Edelman G.M., Tononi G., 2000). Для гипноза этот подход важен тем, что он подчёркивает временную организацию и связность как ключевые параметры изменённых состояний сознания: гипнотический опыт часто характеризуется особой «потоковостью», изменением субъективного времени, повышенной связностью внутренних образов и ассоциаций, что может отражать иные режимы координации между системами воображения, памяти и контроля. Хотя прямые

нейрофизиологические корреляты таких режимов обсуждаются в следующей главе, уже на уровне модели становится ясно, что гипноз следует рассматривать как состояние не столько сниженного, сколько иначе организованного сознания, где важны параметры синхронизации, селекции и интеграции (Edelman G.M., Tononi G., 2000; Dehaene S., 2014).

Постепенно складывается общий методологический консенсус: ни одна модель сознания не исчерпывает весь феномен, но каждая выделяет аспект, критически важный для клинического понимания гипноза. Глобальные модели полезны для анализа доступности, отчётности и исполнительного контроля, что важно при оценке того, как внушение меняет поведенческие и когнитивные исходы. Рекуррентные и перцептивно-ориентированные подходы полезны для объяснения того, почему внушение влияет на качество восприятия и телесных ощущений. Теории высших порядков и метакогнитивные рамки помогают понять изменения чувства авторства и рефлексии. Предиктивная парадигма даёт универсальный язык для описания роли ожиданий, внимания и контекста в формировании переживания, что в гипнотерапии является центральным. Сетевые и динамические подходы задают нейрофизиологический «каркас» для последующего обсуждения коррелятов гипнотических состояний и объясняют, почему феномены гипноза не следует редуцировать к простому «расслаблению» или «сну» (Friston K., 2010; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Dehaene S., 2014).

Для клинической гипнотерапии практическое значение современных моделей сознания состоит в том, что они позволяют формировать корректные теоретические ожидания и границы интервенций. Во-первых, они поддерживают тезис, что внушение работает через нормальные механизмы мозга — внимание, ожидания, интерпретацию, метакогнитивный контроль, — а не через «аномальную силу» гипноза. Во-вторых, они помогают дифференцировать терапевтическую диссоциацию как временную функциональную перераспределённость от патологической диссоциации как устойчивого клинико-диагностического феномена, описываемого в МКБ-10/11. В-третьих, они дают язык для персонализации: различия внушаемости и гипнабельности могут быть связаны с индивидуальными особенностями внимания, метакогниции, контроля, а также с особенностями формирования предсказаний и переработки ошибок, что открывает путь к более точным протоколам отбора и адаптации индукции (Hilgard E.R., 1977; Kirsch I., 1999).

Наконец, важно подчеркнуть, что проблема сознания в клинической гипнотерапии не является исключительно теоретической. Модели сознания задают рамку того, что именно мы измеряем, когда оцениваем «глубину транса», «эффект внушения» или «изменение симптома». Если сознание — это распределённая функциональная организация, то измерение должно учитывать и субъективный отчёт, и поведенческие показатели, и физиологические корреляты, и

контекстные факторы взаимодействия. Это напрямую подготавливает следующую подглаву, посвящённую фокусу внимания и гипнотическому процессу, где внимание выступит как мост между философией сознания, нейронаукой и техникой клинической работы (Posner M.I., Petersen S.E., 1990; Graziano M.S.A., 2013).

4.2. Фокус внимания и гипнотический процесс

Переход от общих моделей сознания к анализу фокуса внимания в гипнозе является методологически закономерным, поскольку именно внимание выступает тем «оператором», который соединяет нейрофизиологическую организацию сознания с клинической техникой гипнотерапии. Внимание в современной психологии и нейронауке понимается не как единая способность, а как совокупность процессов селекции, усиления и удержания значимой информации при одновременном подавлении конкурирующих стимулов и импульсов, а также как система распределения ограниченных когнитивных ресурсов (Posner M.I., Petersen S.E., 1990; Kahneman D., 1973). С этой точки зрения гипноз может быть определён как особый режим внимания и саморегуляции, при котором возрастает управляемость селективных процессов, изменяется конфигурация произвольного и непроизвольного контроля, а также происходит перестройка «точек

входа» внушения в когнитивно-эмоциональные системы пациента. Клиническая практика показывает, что гипнотическая индукция редко является «погружением в сон» и ещё реже — выключением сознания; гораздо чаще это направленное формирование специфического профиля внимания: сужение фокуса, повышение устойчивости, перераспределение точности интероцептивных и экстероцептивных сигналов, усиление образности и снижение внешней отвлекаемости (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Традиционно в клинической литературе описывается феномен «абсорбции» как склонность субъекта погружаться в внутренний опыт — образы, воспоминания, телесные ощущения — с временным снижением значимости внешних стимулов. Абсорбция рассматривается как один из психологических предикторов гипнабельности и как функциональная основа многих гипнотических эффектов, поскольку именно она облегчает превращение словесного внушения в непосредственное переживание (Tellegen A., Atkinson G., 1974; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). Однако абсорбция сама по себе не является гипнозом: в обычной жизни человек способен к глубокой погружённости в чтение, музыку или мечтание, не находясь в гипнотическом взаимодействии. Отличие гипнотического процесса состоит в том, что абсорбция становится направляемой и структурируемой через терапевтический контекст, доверие, ожидания, а также через специфические приёмы управления вниманием, кото-

рые последовательно формируют у пациента опыт «легкости следования», снижая конкуренцию альтернативных интерпретаций и усиливая согласованность внутренней модели происходящего (Kirsch I., 1999; Raz A., 2011).

Современная когнитивная психология различает, по меньшей мере, три аспекта внимания: ориентировочный (переключение и поиск значимого), исполнительный (контроль конфликтов, подавление импульсов, удержание цели) и поддержание бодрствования/готовности (alerting) (Posner M.I., Petersen S.E., 1990). В гипнотическом процессе эти аспекты не исчезают, но меняют свою конфигурацию. Ориентировочное внимание обычно сужается и стабилизируется вокруг избранных стимулов: голоса терапевта, внутреннего образа, дыхания, телесного ощущения. Исполнительный компонент при этом может проявлять парадоксальные свойства: с одной стороны, снижается «критический мониторинг» и склонность к постоянному проверочному контролю («а получится ли?», «правда ли это?»), что облегчает внушение; с другой стороны, сохраняется способность удерживать заданную цель и следовать инструкции, что отличает гипноз от спонтанной рассеянности или сомнолентности (Hilgard E.R., 1977; Kihlstrom J.F., 1985). Наконец, уровень общей готовности может снижаться по линии физиологического расслабления, но это не является обязательным: гипноз возможен и при высокой активированности, например в контексте обезболивания или работы с травматическими переживаниями,

где терапевт поддерживает бодрствование и контакт, но меняет распределение внимания и смысловую интерпретацию сигналов (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

С позиций теории контролируемой и автоматической обработки гипноз можно рассматривать как метод «перенастройки границы» между тем, что переживается как произвольное действие, и тем, что переживается как происходящее «само». Классические наблюдения о гипнотической каталепсии, автоматическом письме, постгипнотических действиях и гипнотической амнезии показывают, что субъективное чувство авторства может изменяться без утраты реальной способности к контролю, что указывает на ключевую роль метакогнитивных процессов и внимания к собственным действиям (Hilgard E.R., 1977; Woody E.Z., Bowers K.S., 1994). Внимание здесь выполняет двойную функцию: оно не только усиливает внушаемые содержания, но и перераспределяет мониторинг источников действия и переживания. Когда пациент меньше фиксируется на процессе генерации образа или движения, он легче переживает результат как «данность», что делает внушение феноменологически убедительным. Эта логика сближает гипноз с современными представлениями о том, что ощущение агентности является конструкцией, зависящей от предсказаний, внимания и интерпретации сигналов обратной связи (Haggard P., 2017).

Предиктивная парадигма позволяет особенно ясно описать роль фокуса внимания в гипнозе. Если мозг непрерыв-

но сравнивает ожидания с сенсорными данными, то внимание может рассматриваться как механизм назначения «точности» определённым сигналам: тем, которым система доверяет больше, и тем, которые она склонна игнорировать как шум (Friston K., 2010; Clark A., 2013). Гипнотическая индукция в таком случае выступает как процедура, которая уменьшает точность конкурентных внешних стимулов и усиливает точность тех сигналов, которые поддерживают внушаемую модель опыта. Например, при внушении аналгезии внимание и ожидания могут изменить приоритет интероцептивных и ноцицептивных сигналов: не обязательно полностью подавлять периферический поток, достаточно изменить центральную интерпретацию и «вес» сенсорной ошибки, чтобы субъективная боль уменьшилась (Seth A.K., 2013; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Аналогично, при внушении спокойствия у пациента с паническим расстройством внимание может быть переориентировано с катастрофизирующей интерпретации сердцебиения на нейтральную или функциональную, что соответствует клиническим механизмам когнитивной терапии, но достигается быстрее за счёт усиленной управляемости внимания и образности (Clark D.M., 1986; Kirsch I., 1999). Это имеет прямое значение для практики, поскольку демонстрирует, что гипноз не конкурирует с доказательными психотерапевтическими подходами, а может выступать их инструментальным усилителем, если грамотно встроен в протокол лечения.

Важный аспект фокуса внимания в гипнозе связан с различением внешнего и внутреннего внимания. Многие техники индукции, независимо от школы, ведут к постепенному смещению доминанты с внешнего контроля на внутреннее переживание, причём внутренняя фокусировка не является простым «отвлечением». Она сопровождается усилением образных и интероцептивных процессов, ростом значимости символических и метафорических конструкций, а также повышением восприимчивости к семантическим «рамкам», задаваемым речью терапевта (Erickson M.H., Rossi E.L., 1979; Rossi E.L., 1986). Нейропсихологически это может соответствовать увеличению роли систем внутреннего моделирования и самореференции при одновременном снижении конкурирующего внешнего шума, однако клинически принципиально то, что это смещение должно оставаться обратимым и безопасным: пациент сохраняет контакт, способен сообщать о дискомфорте и прекращать процедуру по сигналу. Именно это отличает клинический гипноз от патологического выключения контакта и от диссоциативных эпизодов, которые в диагностических системах МКБ-10/11 рассматриваются как самостоятельные клинические состояния и требуют иной оценки рисков .

Фокус внимания тесно связан с феноменом «ответной установки» и ожиданий, которые в исследованиях внушения рассматриваются как один из ключевых факторов гипнотического эффекта. Важное методологическое следствие со-

стоит в том, что внушение не является «нейтральной командой», а становится эффективным лишь в контексте смысловой рамки, где пациент считает происходящее допустимым, безопасным и релевантным его проблеме. Внимание в этом случае действует как канал реализации ожидания: оно удерживает в центре сознания именно те элементы переживания, которые подтверждают новую модель, и ослабляет доступ альтернативных интерпретаций (Kirsch I., 1999; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). В клинике это особенно заметно при работе с соматоформными и тревожными симптомами, где внимание пациента часто патологически «прилипает» к телесным ощущениям и интерпретирует их как угрозу; терапевтическая задача состоит не в подавлении внимания как такового, а в изменении его режима: уменьшении ригидности, перераспределении приоритетов и формировании более адаптивной интерпретации ощущений (Salkovskis P.M., 1991). Гипноз, будучи инструментом управления вниманием, может использоваться для создания опыта альтернативной интероцептивной интерпретации — например, переживания телесного сигнала как нейтрального, регулируемого, временного.

Психофизиологические проявления внимания в гипнозе также имеют клиническое значение, хотя их нельзя сводить к универсальным маркерам «глубины транса». Традиционно описывались изменения тонуса мышц, дыхания, мимики, вегетативные показатели, иногда — особенности элек-

троэнцефалографической активности. Однако современные исследования подчеркивают вариативность этих коррелятов и зависимость от задачи: гипноз для расслабления, гипноз для обезболивания и гипноз для активизации образного воспоминания могут иметь разные физиологические профили (Cardeña E., 2005; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Поэтому внимание как психофизиологический процесс следует рассматривать функционально: оно проявляется не столько единым «подписью состояния», сколько согласованностью поведения, речи и внутренних отчётов пациента с задачей внушения. В клинической гипнотерапии это означает, что оценка эффективности должна опираться на динамику симптома и на качество терапевтического взаимодействия, а не на формальные признаки «глубины», которые подвержены внушению и ожиданиям (Hilgard E.R., 1977; Woody E.Z., Bowers K.S., 1994).

Для психиатрии, опирающейся на МКБ-10/11, обсуждение внимания в гипнозе важно ещё и потому, что многие расстройства характеризуются специфическими дисфункциями внимания. Тревожные расстройства включают гипервигилантность к угрозе и смещение внимания к соматическим сигналам; депрессивные состояния сопровождаются руминативной фиксацией и снижением гибкости внимания; посттравматические расстройства характеризуются непроизвольными переключениями внимания на триггеры, навязчивыми образами и трудностями произвольного контроля

(Beck A.T., 1976; Clark D.M., 1986). В этой логике гипнотический процесс может быть понятийно встроен в клиническую терапию как метод тренировки и перестройки внимания: не как «универсальное лечение», а как специфический инструмент, который при правильном подборе пациентов и протокола способен воздействовать на один из ключевых патогенетических механизмов — ригидную искаженную селекцию информации. При этом остаётся принципиальным соблюдение ограничений: при тяжёлой психопатологии, особенно при психотических расстройствах, где границы реальности и интерпретации нарушены, вмешательства, усиливающие образность и снижающие критический мониторинг, требуют особой осторожности и чёткой клинической рамки .

Фокус внимания в гипнозе, таким образом, следует понимать не только как феномен «концентрации», но как многоуровневую перестройку процессов селекции, интерпретации и контроля, осуществляемую в контексте терапевтического альянса. Внимание в гипнотическом процессе выполняет роль «ворот» для внушения и одновременно роль «инструмента» для перенастройки симптомообразующих контуров — от интероцепции и болевой модуляции до метакогнитивного контроля и чувства авторства. Эта логика подготавливает следующий раздел, посвящённый диссоциации как ключевому механизму гипноза, где будет показано, что диссоциативность в клиническом гипнозе должна понимать-

ся функционально и контекстно: как временная перестройка взаимосвязей между системами внимания, контроля и переживания, а не как обязательный признак патологии (Hilgard E.R., 1977; Kihlstrom J.F., 1985; Terhune D.B., Cleeremans A., Raz A., Lynn S.J., 2017).

4.3. Диссоциация как ключевой механизм гипноза

Переход от анализа фокуса внимания к обсуждению диссоциации в гипнозе методологически оправдан тем, что диссоциативность в гипнотическом процессе выступает не «добавочным эффектом», а одним из центральных способов организации изменённого опыта. При этом термин «диссоциация» требует особой строгости, поскольку в клинической психиатрии он связан как с нормативными, функциональными явлениями, так и с патологическими состояниями, описываемыми в МКБ-10/11, где диссоциативные расстройства (в МКБ-10 — F44; в МКБ-11 — Dissociative disorders) представляют отдельный диагностический класс и предполагают устойчивые нарушения интеграции сознания, памяти, идентичности, восприятия и контроля поведения . В гипнозе же диссоциация чаще выступает как управляемая, обратимая и контекстно обусловленная перестройка связей между психическими функциями, которая создаёт возможность для

терапевтического вмешательства. Иными словами, в гипнозе диссоциативность следует понимать функционально: как временное «развязывание» привычных связей между вниманием, намерением, переживанием и действием, происходящее в условиях терапевтического альянса и с сохранением базовой ориентировки и безопасности (Hilgard E.R., 1977; Kihlstrom J.F., 1985).

Исторически диссоциация как объяснительная категория формировалась на пересечении клинической психопатологии и исследований гипноза. Ещё в конце XIX века французская клиническая школа, связанная с именами П. Жане и его последователей, рассматривала диссоциацию как механизм, посредством которого сознание утрачивает интегративную функцию и отдельные элементы опыта начинают функционировать относительно автономно, образуя «психологические автоматизмы» и вторичные системы (Janet P., 1889). В этой традиции гипноз понимался не только как метод воздействия, но и как модельный инструмент, позволяющий экспериментально демонстрировать расщепление психических функций: разделение памяти на доступную и недоступную, разделение контроля движений на «волевое» и «автоматическое», а также разделение переживания боли на сенсорный компонент и эмоциональную реакцию (Ellenberger H.F., 1970). В англо-американской традиции XX века диссоциация в гипнозе была концептуально оформлена в нео-диссоциативной модели Э. Хилгарда, где

предполагалось существование управляющей системы контроля («executive control»), способной временно разобщаться с отдельными подсистемами, что объясняет феномены автоматизма и «скрытого наблюдателя» (Hilgard E.R., 1977). Хотя современные данные требуют осторожности в буквальном принятии метафоры «скрытого наблюдателя», сама идея функционального расщепления и множественности уровней мониторинга оказалась продуктивной и до сих пор используется как клинический язык описания гипнотических феноменов (Kihlstrom J.F., 1985; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Методологически важным является разграничение диссоциации как феноменологии и диссоциации как механизма. Феноменологически диссоциативные проявления в гипнозе описываются как изменения чувства авторства, уменьшение субъективного усилия при выполнении действий («движение происходит само»), изменение границ «Я», частичная амнезия, ощущение отстранённости от телесного опыта, а также специфическое переживание времени и реальности (Hilgard E.R., 1977; Cardeña E., 2005). Однако механистическое объяснение не может быть сведено к одному фактору. В современных моделях диссоциация интерпретируется как результат взаимодействия внимания, ожиданий, внушения и метакогнитивного мониторинга. В частности, когда внимание направлено на результат (например, на ощущение лёгкости в руке), а мониторинг процесса генерации результата

ослаблен, действие субъективно переживается как непроизвольное, хотя фактически оно остаётся организованным когнитивными и моторными системами субъекта (Woody E.Z., Bowers K.S., 1994; Haggard P., 2017). В таком описании диссоциация — это не «выключение» контроля, а перестройка осознаваемого доступа к собственным механизмам контроля, то есть изменение эпистемической позиции субъекта по отношению к собственному действию.

Когнитивная нейропсихология в последние десятилетия развивает представление о диссоциации в гипнозе как об изменении метакогнитивной интерпретации агентности и намерения. Исследования показывают, что внушение способно модифицировать субъективные отчёты о контроле и усилии, а также изменять поведенческие показатели конфликтного контроля, что согласуется с моделью, в которой гипноз воздействует на системы мониторинга и интерпретации, а не на «магическое выключение воли» (Raz A., 2011; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). В рамках предиктивных подходов диссоциация может рассматриваться как смещение «точности» предсказаний относительно того, что является «моим действием» и «моим переживанием». Если система присваивает высокую точность внешнему источнику (голосу терапевта как авторитетной рамке) и снижает точность внутреннему сомнению и конкурирующим предсказаниям, то субъективно опыт становится более «данным», чем «сделанным» (Friston K., 2010; Clark A., 2013). Этот механизм

особенно заметен в феноменах гипнотической аналгезии и сенсорной модуляции, где пациент описывает не подавление боли «усилием», а её исчезновение как естественный факт опыта, возникающий в ходе внушения (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

При клиническом анализе диссоциации принципиально важно различать «инструментальную» диссоциацию, используемую в терапии, и «патологическую» диссоциацию, связанную с травмой, нарушением интеграции идентичности, хронической деперсонализацией и другими состояниями. В травматологической и клинической литературе диссоциация часто рассматривается как защитный механизм, возникающий при непереносимом аффекте и угрозе, приводящий к фрагментации памяти и нарушению связности автобиографического опыта (van der Kolk B., 1994). МКБ-11 признаёт диссоциативные расстройства как отдельный класс, в который входят, в частности, диссоциативная амнезия, диссоциативное расстройство идентичности и другие формы, характеризующиеся клинически значимыми нарушениями интеграции . В отличие от этого, гипнотическая диссоциация в терапевтическом контексте должна быть ограниченной, обратимой и подчинённой цели восстановления интеграции, а не её разрушения. Это означает, что задача клинициста — не максимизировать диссоциативность как «глубину», а использовать её как дозируемый механизм: временно разделить компоненты симптома или переживания,

чтобы затем интегрировать их в более адаптивную структуру опыта (Hilgard E.R., 1977; Spiegel H., Spiegel D., 1978).

Одним из наиболее клинически значимых проявлений диссоциации в гипнозе является возможность разъединять сенсорный и аффективный компоненты симптома. Боль — наглядный пример: в ней различаются сенсорная дискриминация и эмоционально-мотивационная оценка, и гипнотические внушения могут в большей степени влиять на один из компонентов, изменяя либо интенсивность, либо неприятность, либо поведенческую реактивность (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Аналогичные процессы наблюдаются при тревоге: субъективное телесное возбуждение может сохраняться, но меняется интерпретация и катастрофизация, что приводит к уменьшению панического реагирования. В таких случаях диссоциация проявляется как временное «отделение» интероцептивного сигнала от угрозной семантики, позволяющее пациенту пережить телесное состояние без привычной цепочки избегания и вторичного страха (Clark D.M., 1986; Salkovskis P.M., 1991). В терапевтической логике это может рассматриваться как ускоренный способ формирования нового условного опыта, где телесный сигнал не ведёт автоматически к катастрофе.

Другой классический аспект — диссоциация памяти и доступности материала. Гипнотическая амнезия демонстрирует, что под влиянием внушения субъект может временно утратить доступ к определённым воспоминаниям или эпизо-

дам переживания, при этом сохраняя способность к их последующему восстановлению. Важно подчеркнуть, что клиническая гипнотерапия не должна превращать амнезию в самоцель: намеренное блокирование воспоминаний может быть рискованным при травматических расстройствах и может осложнять интеграцию опыта. Однако сама обратимая управляемость доступа к материалу может быть полезна как техника дозирования аффекта, когда пациент сталкивается с травматическим содержанием постепенно и безопасно, не входя в состояние дезорганизации (Spiegel H., Spiegel D., 1978; van der Kolk B., 1994). Такой подход согласуется с современными принципами травма-информированной терапии, где безопасность и контролируемость экспозиции являются ключевыми условиями эффективности (Herman J.L., 1992). При этом клиницист обязан учитывать, что у пациентов с выраженными диссоциативными симптомами, особенно при наличии коморбидных расстройств личности, злоупотребления психоактивными веществами или тяжёлых аффективных нарушений, гипнотические техники должны применяться осторожно и в рамках чёткого протокола отбора и мониторинга (APA, 2013).

В дискуссии о диссоциации в гипнозе невозможно обойти проблему «ложных воспоминаний» и внушаемости памяти. Исторически гипноз использовался в судебной и клинической практике как инструмент «восстановления» забытых событий, что в позднейшем научном анализе привело к се-

рьёзной критике: память реконструктивна, и внушение, особенно при наличии ожиданий, способно формировать субъективно уверенные, но фактически недостоверные воспоминания (Loftus E.F., 1997). Следовательно, этически и методологически корректная клиническая гипнотерапия должна избегать директивных техник «поиска» конкретного травматического события, если отсутствуют независимые подтверждения, и должна акцентировать работу с переживанием, симптомом и текущими паттернами, а не с доказательностью исторической детализации (Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). Этот вывод непосредственно связывает диссоциацию с требованиями клинической ответственности: диссоциативные феномены гипноза — мощный инструмент, но именно поэтому они требуют строгой рамки и постоянного различения между терапевтическим смыслом и фактической истинностью воспоминаний.

Системно диссоциацию в гипнозе целесообразно представить как изменение интегративной архитектуры сознания. В обычном бодрствовании переживание «Я делаю» связано с одновременным присутствием намерения, действия, сенсорной обратной связи и метакогнитивного подтверждения авторства. В гипнозе эти элементы могут быть временно разъединены: действие происходит при ослабленном переживании усилия; образ становится «видимым» как восприятие; эмоциональная реакция смягчается при сохранении когнитивного понимания; телесный сигнал перестаёт автоматиче-

ски означать угрозу. Такая функциональная разобщённость, будучи обратимой и управляемой, создаёт клиническое пространство для новых связей и новой интеграции, что и определяет терапевтическую ценность гипнотического процесса (Hilgard E.R., 1977; Woody E.Z., Bowers K.S., 1994; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). В этом смысле диссоциация является не противоположностью интеграции, а её инструментом: временно разделив узел симптома на компоненты, терапевт получает возможность изменить их взаимодействие и затем вернуть пациенту более устойчивую и адаптивную целостность.

В контексте общей психиатрической классификации, опирающейся на МКБ-10/11, диссоциация в гипнозе должна быть концептуально отнесена к диапазону нормальных изменённых состояний сознания, при условии что она кратковременна, контролируема и не приводит к социально-профессиональной дезадаптации. В то же время клиницист обязан удерживать «красные линии» патологии: устойчивые эпизоды деперсонализации и дереализации, амнестические провалы вне сеансов, выраженная фрагментация идентичности, а также психотическая симптоматика требуют иной диагностической и терапевтической логики, и гипноз в таких случаях либо противопоказан, либо допустим лишь в высоко-структурированной форме и при наличии ясных клинических оснований . Эта позиция согласуется с принципами клинической гипнотерапии как медицинского метода: гип-

ноз не отменяет психиатрическую диагностику, а должен быть встроен в неё, учитывая нозологические рамки и клинические риски.

Дальнейшее развитие темы естественно ведёт к разделу 4.4, где центральными станут память, воображение и внушаемость, поскольку именно эти три компонента обеспечивают «материал» для диссоциативной перестройки опыта и определяют, насколько внушение превращается в субъективную реальность.

4.4. Память, воображение и внушаемость

Переход от диссоциации к памяти, воображению и внушаемости логически необходим, поскольку именно эти три компонента образуют «материал», с которым гипнотический процесс работает как клиническая технология изменения опыта. Если в разделе 4.3 диссоциация была рассмотрена как механизм временной перестройки интеграции психических функций, то теперь следует показать, каким образом гипноз использует свойства памяти и воображения для конструирования новой субъективной реальности, а внушаемость выступает не «простодушной доверчивостью», а особым режимом когнитивно-аффективной восприимчивости к терапевтической коммуникации. В современной науке о сознании

гипноз всё чаще описывается как управляемая модификация предсказательных и интерпретативных процессов: внушение задаёт рамку, внимание обеспечивает селективность, воображение предоставляет сенсорную «плоть» переживанию, а память фиксирует и стабилизирует изменения в виде нового опыта, доступного вне сеанса (Hilgard E.R., 1977; Kihlstrom J.F., 1985; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Clark A., 2013).

Память в контексте гипноза должна быть рассмотрена, прежде всего, как реконструктивная система, а не как архив. Классические и современные исследования убедительно показали, что воспоминание представляет собой акт реконструкции, в котором прошлое переживание пересобирается под влиянием текущих ожиданий, эмоционального состояния, контекста и социального взаимодействия (Bartlett F.C., 1932; Schacter D.L., 1999). Именно поэтому гипноз обладает двояким методологическим статусом: с одной стороны, он способен облегчать доступ к ассоциативному материалу и усиливать субъективную живость воспоминаний; с другой стороны, он повышает риск контекстного «достраивания» и конфабуляции, особенно при директивных вопросах и при установке на поиск конкретного события (Loftus E.F., 1997). Для клинической гипнотерапии этот вывод имеет принципиальное значение: терапевтическая работа с памятью должна быть направлена не на доказательность биографической «истины», а на трансформацию значения, аффективной окраски и поведенческих последствий памяти как психического

факта, существующего в настоящем (Herman J.L., 1992; van der Kolk B., 1994). Иными словами, объектом терапии является не прошлое как историческая реальность, а прошлое как актуальный компонент внутренней модели мира пациента.

В этом контексте становится понятным, почему гипнотическая практика так тесно связана с воображением. Воображение в современной когнитивной психологии и нейронауке рассматривается не как «фантазирование», противопоставленное реальности, а как универсальная способность мозга моделировать возможное, симулировать события и предвосхищать последствия. Воображаемые образы и сценарии опираются на те же нейрокогнитивные ресурсы, что и воспоминание, и нередко вовлекают сходные сети автобиографической симуляции; поэтому граница между «вспоминанием» и «представлением» функционально проницаема (Schacter D.L., Addis D.R., Buckner R.L., 2007; Buckner R.L., Carroll D.C., 2007). Гипнотическое внушение, обращаясь к воображению, не «обманывает» сознание, а использует естественную способность психики превращать смысловую рамку в сенсорно-аффективный опыт. Клинически это проявляется в том, что воображаемое расслабление становится телесной релаксацией, воображаемая безопасность — снижением автономной реактивности, а воображаемая дистанция от симптома — уменьшением его принудительной власти (Spiegel H., Spiegel D., 1978; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Рассматривая внушаемость, важно уйти от популярной редукции, согласно которой внушаемость — это слабость критического мышления. Исследовательская традиция XX–XXI веков показывает, что внушаемость является относительно стабильной индивидуальной характеристикой, связанной с особенностями внимания, поглощённости (absorption), способности к сенсорной образности и гибкости метакогнитивного контроля (Tellegen A., Atkinson G., 1974; Hilgard E.R., 1977). При этом внушаемость не равна общей конформности и не сводится к послушанию авторитету, хотя социально-коммуникативный контекст, ожидания и доверие к терапевту существенно модулируют реализацию внушения (Kirsch I., 1997; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). Для клинициста это означает, что внушаемость следует понимать как ресурс, распределённый в популяции неоднородно, но доступный к развитию и тренируемый в рамках терапевтического альянса. Классическая клиническая традиция подчеркивала, что «гипнабельность» не является бинарной способностью: она динамична и зависит от мотивации, доверия, смысла процедуры и чувства безопасности (Spiegel H., Spiegel D., 1978). В современных терминах это можно описать как изменение «приоритета» предсказаний: при высокой доверительности контекста и ясной цели внушение получает большую когнитивную «точность», а конкурирующие ожидания (сомнение, тревожная настороженность) подавляются (Friston K., 2010; Clark A., 2013).

Особое место в этой триаде занимает вопрос о том, как внушение взаимодействует с памятью. Эмпирически показано, что гипноз может усиливать уверенность в воспоминаниях без соответствующего роста их точности, что создаёт известный риск в судебной и экспертной практике (Loftus E.F., 1997; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). По этой причине профессиональные стандарты в клинической гипнотерапии требуют осторожности при любых процедурах, позиционируемых как «восстановление памяти». С клинической точки зрения более оправдана работа с тем, что можно назвать «эмоциональной памятью» и «смысловой памятью» симптома: с устойчивыми связями между триггером и реакцией, между образом и аффектом, между телесным ощущением и катастрофической интерпретацией. Эти связи действительно поддаются изменению через корректирующий опыт, а гипнотическое воображение становится способом сделать такой опыт достаточно живым и убедительным, чтобы он конкурировал с прежними автоматизмами (Clark D.M., 1986; Salkovskis P.M., 1991). В этом смысле гипноз можно рассматривать как ускоритель процесса переобучения: он увеличивает сенсорную насыщенность и аффективную достоверность терапевтических сценариев, что облегчает формирование новых ассоциаций и новых способов интерпретации.

В терапевтической практике гипнотерапии память часто проявляется не только как источник биографического мате-

риала, но и как механизм постгипнотической стабильности. Любое успешное внушение, приводящее к изменению симптома, должно быть «закреплено» в памяти как навык, как новый способ регулирования, как доступная стратегия. В противном случае гипнотический эффект останется транзиторным феноменом изменённого состояния сознания. Поэтому современные клинические подходы подчёркивают необходимость интеграции: пациент должен уметь воспроизводить элементы опыта без внешнего гипнотического контекста — через самогипноз, через якорные сигналы, через внутренний диалог или через репетицию воображаемых сценариев (Spiegel H., Spiegel D., 1978; Япко М., 2012). Здесь память выступает как нейропсихологическая основа «переноса» эффекта из сеанса в повседневную жизнь, а воображение становится инструментом репетиции будущего поведения. Эта связь особенно важна при тревожных расстройствах, где профилактика рецидива зависит от того, насколько пациент способен в реальных ситуациях распознавать ранние сигналы и активировать новые регуляторные стратегии.

Связь воображения и внушаемости имеет ещё один существенный аспект: сенсорная образность и яркость ментальных представлений могут выступать медиаторами гипнотического ответа, но не исчерпывают его. Практика показывает, что часть пациентов демонстрирует хорошую реакцию на внушение при относительно умеренной визуальной образности, используя вместо визуальных образов кинестетические,

интероцептивные и смысловые каналы. Следовательно, клинически корректнее говорить о модальности воображения и о способности пациента «переживать» представляемое как значимое и телесно релевантное. Это согласуется с представлением о гипнозе как о форме целенаправленного опыта, где ключевой фактор — не художественная детализация образа, а его функциональная убедительность для системы регуляции эмоций и поведения (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Raz A., 2011). В таком понимании внушаемость становится способностью временно принимать терапевтическую рамку как рабочую реальность, достаточную для изменения реакции, но не требующую философского отказа от критического мышления.

В клинической психиатрии и психотерапии обсуждение внушаемости не может обходиться без сопоставления с «плацебо-эффектом» и эффектами ожидания. Современная психология внушения и исследования плацебо показывают, что ожидание улучшения, доверие к процедуре и смысловое объяснение лечения могут запускать объективные психофизиологические изменения, включая изменения боли и тревоги (Kirsch I., 1997; Benedetti F., 2014). Гипноз в этом ряду занимает особое место, поскольку он институционализирует работу с ожиданием и смыслом, превращая их в технологию. В клиническом смысле это требует честной рамки: эффект внушения не следует представлять как сверхъестественный; он должен быть объяснён пациенту как управляемая рабо-

та внимания, воображения и внутренней регуляции. Такая психообразовательная позиция одновременно повышает эффективность (за счёт согласованности ожиданий) и снижает риск манипуляции (Япко М., 2012; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008).

Рассматривая память и воображение в контексте МКБ-10/11, важно подчеркнуть, что эти функции оказываются клинически релевантными не только в диссоциативных расстройствах, но и в широком спектре психических нарушений, где изменяются процессы внимания, интерпретации и автобиографической обработки. Так, при посттравматическом стрессовом расстройстве (в МКБ-10 — F43.1; в МКБ-11 — PTSD) память может проявляться в виде навязчивых воспоминаний и флэшбэков, которые обладают высокой сенсорной живостью и субъективной «настоящестью», что делает их сродни непроизвольному воображению, захватывающему сознание (van der Kolk B., 1994). В таких случаях гипнотическая работа с воображением должна быть особенно осторожной и ориентированной на стабилизацию и интеграцию, а не на усиление экспозиции. При тревожных расстройствах (МКБ-10: F40–F41; МКБ-11: Anxiety or fear-related disorders) воображение часто играет патогенетическую роль через катастрофические прогнозы, а память — через закрепление условных связей страха; гипноз может использоваться как способ изменить предвосхищение и переработать телесные ощущения, но только в контексте кли-

нически обоснованной стратегии (Clark D.M., 1986). При депрессивных расстройствах (МКБ-10: F32–F33; МКБ-11: Depressive disorders) воображение будущего часто обеднено и негативно окрашено, а автобиографическая память становится ригидной и «обобщённой»; гипнотерапия может способствовать восстановлению образности будущего и расширению репертуара автобиографических сценариев, что сближает её с когнитивно-поведенческими и метакогнитивными интервенциями (Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G., 1979; Schacter D.L., 1999).

Отдельного рассмотрения требует этически чувствительная зона: взаимодействие внушаемости и памяти в работе с травмой. Международная дискуссия конца XX века показала, что гипноз при неосторожном применении способен не только модифицировать переживание травмы, но и формировать субъективно достоверные, но исторически недостоверные воспоминания, особенно при наличии директивных установок терапевта (Loftus E.F., 1997). Поэтому клиническая гипнотерапия, претендующая на академическую и медицинскую легитимность, должна опираться на принцип минимизации внушающей интерпретации: следует избегать вопросов, предполагающих ответ, избегать утверждений о «неизбежной скрытой травме», избегать «поисковых» техник без клинической необходимости и без ясного терапевтического смысла. Приоритет должен принадлежать феноменологии симптома и текущим механизмам поддержания

страдания, а не реконструкции биографического сюжета любой ценой (Herman J.L., 1992; Lynn S.J., Kirsch I., Hallquist M.N., 2008). В этом отношении гипнотерапия оказывается не исключением, а концентрированным случаем общей психотерапевтической ответственности: слова терапевта — это вмешательство, способное менять память, и именно поэтому они должны быть дисциплинированы.

Важный методологический вывод из анализа этой подглавы состоит в следующем: гипноз как клинический метод нельзя понять, описывая его только через «глубину транса» или через поведенческие феномены. Его ядро — это управляемая работа с тем, как сознание конструирует реальность из памяти и воображения в условиях внушения. В таком понимании гипнотический процесс становится частным случаем более общего принципа психотерапии: изменение симптома происходит через изменение моделей интерпретации, ожидания и регуляции, а гипноз предоставляет особую форму доступа к этим моделям, делая их более пластичными и переживаемыми (Kirsch I., 1997; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Clark A., 2013). Подготовкой к следующему разделу 4.5 является вопрос о границах: где заканчиваются нормативные изменённые состояния сознания и начинается патология, как отличить терапевтическую диссоциацию и воображаемую регуляцию от дезорганизующей диссоциативной симптоматики, и какие диагностические критерии МКБ-10/11 помогают клиницисту удерживать эти рам-

ки .

4.5. Границы нормы и патологии изменённых состояний

Проблематика границ между нормативными и патологическими изменёнными состояниями сознания (ИСС) является центральной не только для теории гипноза, но и для клинической безопасности гипнотерапии. В клинической практике врач и психотерапевт неизбежно сталкиваются с парадоксом: те же феномены, которые в одном контексте выступают ресурсом саморегуляции и терапии (сужение фокуса внимания, поглощённость внутренними образами, частичная диссоциация, временное «отстранение» от боли или тревоги), в другом контексте могут быть проявлением дезинтеграции психики, симптомом расстройства или фактором его поддержания. Следовательно, вопрос «нормы» не может быть решён исключительно феноменологически; он требует интеграции трёх осей анализа: функциональной (адаптивность и контролируемость), временной (транзиторность и обратимость), а также клинико-диагностической (наличие устойчивого синдрома, страдания и нарушения функционирования), что согласуется с общими принципами психиатрической диагностики в МКБ-10/11 (Jaspers K., 1913/1997).

Исторически ИСС присутствуют во всех культурах и эпо-

хах: сон, мечтательность, медитативные практики, религиозная экстатичность, ритуальный транс, художественное «вживание» и спортивная «потоковость» демонстрируют, что человеческое сознание в норме обладает пластичностью и способностью переключаться между режимами обработки информации (James W., 1902; Tart C.T., 1972). Психологические теории XX века предложили различать состояния по типу организации внимания и самоконтроля: от рассеянного и ruminативного до сфокусированного и поглощённого. Исследования «потока» показали, что глубокая вовлечённость в деятельность сопровождается субъективным изменением времени, снижением саморефлексии и повышением эффективности, оставаясь при этом нормативной и адаптивной (Csikszentmihalyi M., 1990). Аналогично, медитативные практики могут сопровождаться изменением восприятия тела и эмоций, но в условиях обучения и добровольности обычно приводят к улучшению регуляции и снижению реактивности (Kabat-Zinn J., 1990). Гипноз как клинически организованное ИСС занимает промежуточное место: он индуцируется в рамках терапевтических целей и контролируется профессиональной коммуникацией, но использует механизмы, которые при иных условиях могут стать частью патологической картины (Hilgard E.R., 1977; Spiegel H., Spiegel D., 1978).

Ключевым критерием различения нормы и патологии является контролируемость переживания и степень сохранно-

сти агентности. В нормативных ИСС субъект сохраняет хотя бы частичную способность намеренно входить в состояние и выходить из него, регулировать глубину погружения и использовать его ради понятной цели. Даже если переживание сопровождается субъективным «автоматизмом» некоторых реакций (например, лёгкая каталепсия в релаксации, спонтанные образы, изменение ощущения времени), оно остаётся встроенным в общую структуру личности и не приводит к стойкой утрате критичности или к дезорганизации поведения. В патологических вариантах наблюдается иная динамика: состояние захватывает субъекта, становится непроизвольным, переживается как угрожающее, сопровождается существенным снижением контроля или фрагментацией опыта, а также ведёт к нарушению функционирования или поддерживает хроническое страдание (Jaspers K., 1913/1997). В этом смысле сама по себе диссоциация, о которой говорилось в разделе 4.3, не является патологией; патологическим становится её контекст и последствия, включая частоту, неконтролируемость, связь с травматизацией и роль в избегании или дезинтеграции (van der Kolk B., 1994; Herman J.L., 1992).

Следующий критерий — интеграция опыта. Нормативные ИСС обычно характеризуются временной перераспределённостью когнитивных ресурсов: часть функций ослабляется (например, внешний мониторинг), часть усиливается (например, образность или интероцептивная чувстви-

тельность), но после завершения состояния происходит реинтеграция. Патологические состояния, напротив, оставляют остаточные эффекты: стойкую дереализацию, деперсонализацию, нарушения памяти, ощущение «чуждости» собственных мыслей или действий, а в тяжёлых случаях — формирование устойчивых диссоциативных симптомов. В МКБ-10 диссоциативные (конверсионные) расстройства описываются как нарушения интеграции памяти, идентичности, ощущений и контроля движений (F44), а деперсонализационно-дереализационный синдром выделяется отдельной рубрикой (F48.1) . В МКБ-11 диссоциативные расстройства представлены более дифференцированно, включая dissociative neurological symptom disorder и depersonalization-derealization disorder, при этом подчёркивается клинически значимое страдание и нарушение функционирования как условие диагностики . Эти положения важны для гипнотерапевта: если в ходе сеанса возникают признаки стойкой дезинтеграции, задача терапии — не углублять состояние, а обеспечивать стабилизацию и возвращение к интегративному режиму сознания.

Особого внимания требует различение гипнотических феноменов и психотических переживаний. На феноменологическом уровне и гипнотические внушения, и психотические переживания могут включать яркие образы, изменённое чувство реальности и необычные убеждения. Однако различие заключается в контексте и критичности. В гип-

нозе внушённое переживание существует в рамке «как если бы»: пациент способен, по завершении сеанса, соотнести опыт с терапевтической задачей и, как правило, сохраняет понимание его условности. В психозе нарушается тестирование реальности, а переживание приобретает императивный, несомненный характер, часто сопровождаясь бредовой интерпретацией и нарушением поведения. В МКБ-10 психотические расстройства представлены в блоке F20–F29, и одним из их признаков выступает качественная перестройка отношения к реальности и к собственным переживаниям; в МКБ-11 аналогично выделяются schizophrenia or other primary psychotic disorders, где ключевыми являются бред, галлюцинации, расстройства мышления и негативная симптоматика при соответствующей длительности и влиянии на функционирование . Следовательно, гипноз как метод требует осторожности при наличии текущих психотических симптомов или выраженной уязвимости к ним, поскольку индукция и работа с образами могут усилить дезорганизацию или поддержать патологические интерпретации. Это не означает, что гипноз «вызывает психоз» как универсальное правило; однако клиническая ответственность требует учитывать уязвимости пациента и выбирать такие интервенции, которые минимизируют риск усиления нарушений тестирования реальности (Spiegel H., Spiegel D., 1978; Япко М., 2012).

Не менее сложным является различение гипнотических

явлений и обсессивно-компульсивных феноменов. ОКР характеризуется навязчивыми мыслями и компульсивными действиями, которые воспринимаются как собственные, но нежелательные и вызывающие тревогу; критичность при этом обычно сохранена, но контроль реализуется через ритуалы, а не через гибкую регуляцию (Salkovskis P.M., 1991). В гипнозе возможны постгипнотические установки и автоматизация поведения, однако они должны быть этически прозрачны и согласованы с целями терапии. Опасность заключается в том, что директивные техники могут непреднамеренно создавать ритуализированные формы саморегуляции, если терапевт не отслеживает, превращается ли «якорь» или упражнение в компульсивное действие. В таких случаях граница нормы и патологии проходит по линии функциональности: упражнение, которое расширяет свободу пациента, является терапевтическим; действие, которое становится обязательным и тревожно-обусловленным, рискует приобрести компульсивный характер, даже если внешне выглядит «как техника» (Clark D.M., 1986; Salkovskis P.M., 1991).

Вопрос нормы и патологии ИСС имеет и нейропсихологическое измерение. Современные модели сознания, основанные на предиктивной обработке, предполагают, что мозг постоянно строит вероятностные гипотезы о мире и теле, а субъективный опыт является результатом сопоставления предсказаний и сенсорных данных (Friston K., 2010; Clark A., 2013). В этой перспективе нормальные ИСС мож-

но описать как временное изменение «весов» предсказаний и сенсорных сигналов: гипноз, например, может усиливать влияние целевой установки и контекстного смысла, снижая конкурирующие интерпретации (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Патологические состояния, напротив, могут отражать устойчивый дисбаланс, когда предсказания становятся чрезмерно доминирующими (как при некоторых психотических интерпретациях) или, наоборот, сенсорная неопределённость не компенсируется интегрирующими моделями (как при тяжёлой тревоге или деперсонализации). Для практики гипнотерапии это означает, что «глубина» состояния сама по себе не является целью: цель — функциональная перенастройка, которая должна оставаться обратимой и интегрируемой.

Нормативные ИСС часто характеризуются положительной валентностью или, по крайней мере, нейтральностью: они переживаются как безопасные, интересные, полезные. Патологические ИСС, напротив, часто окрашены тревогой, угрозой и отчуждением. Деперсонализация и дереализация, например, могут возникать как транзиторная реакция на стресс и у здоровых людей, но становятся расстройством тогда, когда приобретают устойчивость, выраженное страдание и нарушение функционирования . Эта граница особенно важна для клинициста: кратковременная дереализация в панической атаке (МКБ-10: F41.0; МКБ-11: panic disorder) является частью тревожного синдрома, тогда как длитель-

ная дереализация вне приступов и в отсутствие панической динамики может требовать иной диагностической и терапевтической рамки . В гипнозе возможно кратковременное изменение чувства тела и реальности как часть релаксации и фокусировки внимания; однако если пациент сообщает о привычной деперсонализации или испытывает страх утраты контроля, терапевт должен предпочесть техники стабилизации, ориентации и усиления чувства агентности.

Граница нормы и патологии также проходит через социальный и культурный контекст. В МКБ-11 подчёркивается необходимость учитывать культурно ожидаемые и санкционированные формы транса и одержимости, которые сами по себе не являются психическим расстройством, если не ведут к страданию и дисфункции . Это положение особенно релевантно для клинической гипнотерапии, работающей на стыке медицинского и культурного: пациент может описывать свои переживания языком духовности или мистики, но клиническая оценка должна оставаться функциональной и феноменологической, не редуцируя опыт ни к «симуляции», ни к «сверхъестественному». Здесь полезна классическая установка психопатологии: задача врача — понять структуру переживания и его роль в жизни пациента, а не подтверждать или опровергать метафизические объяснения (Jaspers K., 1913/1997).

В практическом отношении разграничение нормы и патологии ИСС в гипнотерапии требует клинической моде-

ли риска, основанной на психиатрической диагностике и на оценке текущего психического состояния. Пациенты с выраженной диссоциативной симптоматикой, с нестабильной идентичностью, с тяжёлой посттравматической симптоматикой или с психотической уязвимостью требуют иных протоколов и иной степени директивности. В травматологии, например, современные подходы подчёркивают фазность: стабилизация и развитие навыков регуляции предшествуют глубокой работе с травматическим материалом, поскольку иначе ИСС могут стать не ресурсом, а механизмом повторной дезинтеграции (Herman J.L., 1992; van der Kolk B., 1994). Аналогично, при тяжёлой личностной патологии (в МКБ-11 — personality disorder с оценкой степени тяжести) важна ориентация на укрепление саморегуляции и границ, чтобы гипнотические процедуры не усиливали зависимость и регрессивные паттерны . В этом контексте гипноз следует рассматривать как инструмент, который может быть встроен в разные терапевтические стратегии, но не заменяет клиническую диагностику.

Наконец, следует подчеркнуть, что границы нормы и патологии ИСС имеют не только диагностический, но и этический смысл. Любое вмешательство, которое изменяет сознание, требует ясной цели, информированного согласия и минимизации рисков, поскольку воздействует на наиболее уязвимую область человеческого опыта — субъективную реальность. С позиции доказательной клинической практики

это означает, что гипнотерапия должна избегать романтизации транса и одновременно избегать его стигматизации. Научно корректная позиция состоит в признании: изменённые состояния сознания — нормальная возможность психики; патология возникает тогда, когда состояние становится неконтролируемым, страдательным и дезадаптивным; гипнотерапия — это способ целенаправленно использовать пластичность сознания для восстановления регуляции и уменьшения симптомов при соблюдении клинических ограничений и диагностических рамок (Hilgard E.R., 1977; Spiegel H., Spiegel D., 1978).

Если продолжать эту линию в следующем разделе книги (глава 5), то нейрофизиология гипноза будет логически рассматриваться как попытка «объективировать» границы: показать, какие нейросетевые и автономные маркеры соответствуют терапевтическим ИСС, и чем они отличаются от маркеров патологической диссоциации, паники или психотической дезорганизации, сохраняя при этом принципиальную установку: физиологический коррелят не заменяет клинической оценки, а дополняет её (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Friston K., 2010).

Глава 5. Нейрофизиология гипноза

5.1. Электрофизиологические корреляты гипнотических состояний

Переход к нейрофизиологии гипноза закономерен после обсуждения границ нормы и патологии изменённых состояний сознания: именно электрофизиологические методы, прежде всего, электроэнцефалография (ЭЭГ) и вызванные потенциалы (ВП), исторически рассматривались как наиболее «близкий» к клинической практике путь объективизации транса. Однако в научной традиции гипноза важнейшим методологическим выводом стало не утверждение о наличии единственного «гипнотического паттерна», а признание принципиальной контекстности: электрофизиологические корреляты зависят от уровня гипнабельности, техники индукции, целевой задачи, модальности внушения и динамики взаимодействия «терапевт—пациент» (Hilgard E.R., 1977; Kihlstrom J.F., 1985; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Следовательно, ЭЭГ при гипнозе — это не «детектор транса», а инструмент проверки гипотез о механизмах внимания, диссоциации и перераспределения когнитивного контроля, обсуждавшихся в предыдущих главах (Tart C.T., 1972; Raz

А., 2011).

Исторический контекст электрофизиологического подхода важен и для российской школы. Уже в ранней отечественной нейрофизиологии внушение и гипнотические феномены рассматривались в связи с проблемами торможения, доминанты и условно-рефлекторной регуляции. Понимание гипноза как состояния с особой организацией корково-подкорковых взаимоотношений и перераспределением очагов возбуждения/торможения встречается в работах классиков отечественной физиологии и нейропсихологии, хотя их модели не были изначально построены на ЭЭГ-метриках в современном смысле (Павлов И.П., 1923; Ухтомский А.А., 1923; Бехтерев В.М., 1900/2001; Лурия А.Р., 1973). Эти концепции остаются значимыми как теоретический фон: они подчеркивают, что гипноз — это не «выключение сознания», а функциональная перестройка регуляторных контуров, в которой меняется приоритет обработки сигналов и повышается роль установки, ожидания и смысловой доминанты (Ухтомский А.А., 1923; Анохин П.К., 1975).

Современная ЭЭГ-литература по гипнозу развивается по нескольким направлениям. Первое направление — поиск устойчивых изменений в спектральной мощности (альфа, тета, бета, гамма), которые могли бы отражать «состояние гипноза» как таковое. Второе направление — анализ функциональной связности и сетевых характеристик ЭЭГ, пытающийся связать гипноз с перестройкой взаимодействия лоб-

ных, теменных и сенсомоторных областей. Третье направление — исследования вызванных потенциалов и временных параметров обработки стимулов при внушении, где гипноз понимается как модификация перцептивной и когнитивной фильтрации. Наконец, отдельно развиваются модели «нейрокогнитивной гипнабельности», где электрофизиологические признаки рассматриваются не как состояние, а как предрасположенность субъекта к определённому типу регуляции внимания и контроля (Gruzelier J.H., 2006; Jamieson G.A., 2007; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Наиболее обсуждаемой темой в спектральном анализе является роль тета- и альфа-активности. В популярной и полупопулярной литературе часто утверждается, что гипноз «соответствует тета-ритму», однако академическая картина существенно сложнее. Метанаблюдение заключается в том, что у высокогипнабельных испытуемых нередко отмечаются изменения в тета-диапазоне, особенно в задачах, требующих внутренней фокусировки, образности и устойчивого внимания, но эти изменения не являются универсальными и не всегда специфичны для гипноза по сравнению с релаксацией, медитацией или простой концентрацией (Kihlstrom J.F., 1985; Gruzelier J.H., 2006). Альфа-активность также демонстрирует вариативность: в некоторых протоколах индукции наблюдается рост альфа-мощности как коррелят релаксации и снижения внешней ориентировочной реакции, однако при активных внушениях (например, сенсорной модуляции, ко-

гнитивного контроля, боли) может фиксироваться и противоположная динамика, отражающая вовлечение внимания и перераспределение ресурсов (Spiegel H., Spiegel D., 1978; Jensen M.P., Patterson D.R., 2014). В этой связи корректнее говорить не о «ритме гипноза», а о «ритмах задач гипноза»: электрофизиология в большей степени коррелирует с тем, что именно делается в трансе, чем с самим фактом наведения (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Отдельной линией проходят исследования бета- и гамма-диапазонов, поскольку они ассоциируются с активной когнитивной обработкой и интеграцией. Здесь наиболее продуктивным оказывается подход, который рассматривает гипноз как состояние «приоритетной переработки»: внушение может усиливать обработку целевых стимулов и ослаблять конкурирующие каналы, а это теоретически должно проявляться не столько в общей мощности ритмов, сколько в изменении синхронизации между областями и в перераспределении фазовой согласованности (Gruzelier J.H., 2006; Jamieson G.A., 2007). Однако именно в высокочастотных диапазонах возрастает риск методических артефактов (мышечная активность, микродвижения, особенности фильтрации), поэтому интерпретация результатов требует строгих протоколов и осторожности, что возвращает нас к методологическим вопросам стандартизации и воспроизводимости, обсуждавшимся в главе 3 (Shapiro D., 1992; Kirsch I., 1994).

Существенный вклад в понимание электрофизиологиче-

ских коррелятов гипноза дали исследования функциональной связности и «лобно-теменного контроля». Современные нейрокогнитивные модели гипноза предполагают, что внушение изменяет режим работы систем внимания и исполнительного контроля, что может отражаться в динамике взаимодействия префронтальных и теменных областей, связанных с мониторингом, выбором реакции и метакогнитивной оценкой опыта (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). ЭЭГ-метрики связности (когерентность, фазовая синхронизация, меры направленного влияния) в ряде работ показывали, что у высокогипнабельных испытуемых при гипнозе может меняться интеграция сетей, отвечающих за самореференцию и внешний контроль, что интерпретируется как нейрофизиологический аналог «диссоциации» в клиническом смысле: часть функций контроля продолжает работать, но субъективно переживается как менее «авторская» и менее доступная рефлексии (Hilgard E.R., 1977; Gruzelier J.H., 2006). При этом следует подчеркнуть, что такие выводы носят вероятностный характер: изменения связности не являются диагностическим критерием, а отражают динамику конкретного протокола и выборки.

Ещё более информативным подходом для клинической логики гипнотерапии являются вызванные потенциалы и парадигмы сенсорной/когнитивной модуляции. Если гипноз действительно способен изменять восприятие боли, интенсивность сенсорного сигнала, субъективную значимость

стимулов и фильтрацию отвлекающей информации, то это должно проявляться в изменении амплитуды и латентности компонентов ВП, связанных с ранней сенсорной обработкой и более поздними стадиями когнитивной оценки. В ряде исследований показано, что при гипнотических внушениях (например, обезболивания, зрительной/слуховой модификации, «слепоты» к стимулу) наблюдаются изменения именно на уровнях, соответствующих вниманию и интерпретации, а иногда и на ранних этапах обработки, что поддерживает тезис о том, что внушение может вмешиваться не только в «оценку» переживания, но и в саму перцептивную конструкцию опыта (Raz A., 2011; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Jensen M.P., Patterson D.R., 2014). Однако и здесь ключевой вывод — зависимость эффекта от гипнабельности и от конкретной формулировки внушения: «общее расслабление» и «строгое сенсорное внушение» — это разные нейрокогнитивные операции и, следовательно, разные электрофизиологические картины (Kihlstrom J.F., 1985; Spiegel H., Spiegel D., 1978).

Проблема гипнабельности занимает особое место, поскольку она связывает электрофизиологию с клинической персонализацией. Высокая гипнабельность не тождественна внушаемости как социальной податливости и не является патологическим признаком; она скорее описывает индивидуальный стиль переработки внимания, образности и метаконтроля (Hilgard E.R., 1977; Kihlstrom J.F., 1985). С точ-

ки зрения ЭЭГ это означает, что некоторые «корреляты гипноза» могут быть на самом деле «коррелятами гипнабельности»: предсуществующими особенностями регуляции, которые облегчают вхождение в транс и выполнение внушений. В отечественной клинической традиции аналогичные идеи обсуждались через понятия типологических различий высшей нервной деятельности и индивидуальных профилей регуляции, хотя современная интерпретация требует отделять физиологические типологии от клинических диагнозов и избегать редукционизма (Павлов И.П., 1923; Лурия А.Р., 1973). В практическом смысле это означает: одинаковая техника индукции может давать разные электрофизиологические эффекты у разных пациентов, и это не «ошибка», а отражение индивидуальной нейрокогнитивной архитектуры.

Отдельного обсуждения заслуживает вопрос специфичности: чем ЭЭГ гипноза отличается от ЭЭГ релаксации, медитации, сна и других ИСС. Сравнительные исследования показывают, что гипноз не является «сном наяву» в физиологическом смысле: он обычно сохраняет реактивность на речь терапевта, целевую управляемость и способность к выполнению задач, что отличает его от стадий сна, хотя субъективные феномены могут быть схожими (Tart C.T., 1972; Spiegel H., Spiegel D., 1978). От релаксации гипноз отличается не уровнем расслабления как таковым, а структурой внимания и смысловой установки: в релаксации пациент может снижать общий уровень напряжения без специфической пе-

реработки симптома, тогда как в гипнозе центральным становится управление рамкой переживания и направленное внушение (Hilgard E.R., 1977; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Поэтому попытки «найти один маркер» обречены на методологическую слабость: гипноз — это класс процедур и состояний, а не единый физиологический объект.

Клиническое значение электрофизиологических данных проявляется в двух плоскостях. Первая — научно-объяснительная: ЭЭГ позволяет проверять модели гипноза как перераспределения внимания, как диссоциативной организации контроля и как модификации предиктивной обработки, обсуждаемые в современной когнитивной нейронауке (Friston K., 2010; Clark A., 2013; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Вторая — практико-методическая: электрофизиология помогает дисциплинировать клиническую гипнотерапию, защищая её от двух крайностей — мистификации и нигилистического отрицания. С одной стороны, ЭЭГ показывает, что внушение и гипнотическая работа связаны с измеримыми изменениями обработки информации; с другой стороны, она демонстрирует вариативность и контекстность эффектов, тем самым препятствуя упрощённым утверждениям о «магическом» универсальном механизме (Kihlstrom J.F., 1985; Kirsch I., 1994).

Наконец, необходимо обозначить и ограничения. Электрофизиологические корреляты не являются критерием клинической пригодности гипноза для конкретного па-

циента и не заменяют психиатрической диагностики по МКБ-10/11, поскольку диагноз определяется не ритмами ЭЭГ, а синдромологией, страданием и нарушением функционирования . Более того, в клинических группах (например, при тревожных расстройствах, депрессии, ПТСР, диссоциативных расстройствах) базовая электрофизиологическая картина может существенно отличаться, и гипноз будет накладываться на уже изменённую регуляторную систему. Следовательно, нейрофизиологические данные должны интерпретироваться в рамках клинико-психопатологического контекста, о котором подробно будет идти речь в разделе III, и в этической рамке, подчёркнутой в главе 3 (Shapiro D., 1992).

Таким образом, электрофизиология гипноза даёт не «паспорт транса», а карту вероятностных изменений в системах внимания, образности и когнитивного контроля. Эта карта наиболее информативна тогда, когда гипноз рассматривается как функциональный процесс с конкретной задачей, а не как абстрактное состояние. В следующем подразделе (5.2) логично перейти от локальных ЭЭГ-показателей к уровню функциональных нейросетей и обсудить, как результаты ЭЭГ, fMRI и других методов сходятся в описании лобно-теменных, салиентных и дефолт-сетевых механизмов гипноза, а также как эти сети соотносятся с клиническими феноменами диссоциации и внушаемости (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013; Friston K., 2010).

5.2. Функциональные нейросети при гипнозе

Переход от электрофизиологических коррелятов к уровню функциональных нейросетей отражает общий сдвиг современной нейронауки от локализационизма к сетевой парадигме, в которой психические акты понимаются как динамическая координация распределённых систем мозга. Для гипноза это особенно принципиально: феноменология транса включает изменения внимания, самореференции, контроля, образности, телесного переживания и смысловой установки, то есть затрагивает именно те домены, которые в современных моделях сознания и психотерапии связываются с взаимодействием «дефолт-сети», сетей исполнительного контроля и сети значимости (Raichle M.E., 2001; Menon V., 2011; Dehaene S., 2014). В рамках клинической гипнотерапии сетевой подход позволяет уйти от наивного поиска единственного «центра гипноза» и вместо этого описывать гипнотический процесс как управляемую перестройку взаимодействия между системами, ответственными за выбор объекта внимания, мониторинг внутреннего опыта, оценку значимости сигналов и организацию целенаправленного поведения (Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

В наиболее обобщённом виде нейросетевой профиль гип-

ноза можно представить как особый режим координации трёх крупных функциональных контуров. Первый контур — сеть пассивного режима работы мозга, или default mode network (DMN), включающая медиальную префронтальную кору, заднюю поясную кору и прилежащие теменно-височные области; она традиционно связывается с самореференцией, автобиографической памятью, ментализацией и внутренним нарративом (Raichle M.E., 2001; Buckner R.L., Andrews-Hanna J.R., Schacter D.L., 2008). Второй контур — сеть исполнительного контроля, или central executive network (CEN), включающая дорсолатеральную префронтальную кору и заднетеменные отделы; она участвует в поддержании цели, рабочей памяти, планировании и произвольной регуляции поведения (Miller E.K., Cohen J.D., 2001). Третий контур — сеть значимости (salience network, SN), в которую входят передняя поясная кора и передняя островковая кора; она отвечает за выделение релевантных стимулов и «переключение» между внутренним и внешним режимами обработки (Menon V., 2011). Гипноз, как клинический метод, воздействует на эти контуры не абстрактно, а через речь, ожидание, внушение и терапевтический альянс, то есть через социально-когнитивные механизмы, которые сами по себе являются «входом» в сетевую архитектуру сознания (Spiegel H., Spiegel D., 1978; Kirsch I., 1994; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Одним из наиболее воспроизводимых мотивов современ-

ной литературы является идея о том, что гипнотическая работа изменяет баланс между самореферентциальным нарративом и инструментальным контролем. Клинически это проявляется как снижение «шумовой» рефлексивной активности, характерной для тревоги и руминаций, и одновременное усиление узконаправленного внимания к слову терапевта, образу или телесному ощущению. Сетевым языком это может означать либо снижение доминирования DMN, либо её функциональную «перепрошивку» таким образом, что внутренний нарратив становится более управляемым и менее конфликтным по отношению к целям терапии (Raichle M.E., 2001; Beck A.T., 1979; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Важно, однако, избегать упрощения: в ряде гипнотических техник как раз активируется внутренний опыт, автобиографические сцены и символические конструкции, то есть задействуется DMN, но при иной организации — не как спонтанная руминация, а как направленная реконструкция переживания под влиянием внушения и смысла (Hilgard E.R., 1977; Rossi E.L., 1986). Следовательно, для гипноза более корректно говорить о «перенастройке» DMN и её сопряжении с контролирующими сетями, чем о простом «подавлении» внутреннего режима.

Ключевой клинический феномен гипноза — управляемость внимания тесно связан с взаимодействием исполнительной сети и сетей внимания. Современная когнитивная нейронаука различает дорсальную систему внимания, обес-

печивающую произвольную ориентацию, и вентральную систему, отвечающую за переориентацию на неожиданно значимые стимулы. Гипнотическая индукция, особенно в классических формах, может рассматриваться как последовательное снижение роли внешней переориентации и усиление устойчивого топ-даун контроля, при котором терапевтическая инструкция становится главным «маяком» когнитивной системы (Posner M.I., Petersen S.E., 1990; Spiegel H., Spiegel D., 1978). Внутри сетевой модели это соответствует повышению селективности обработки, уменьшению конкуренции стимулов и, как следствие, облегчению выполнения внушений, особенно тех, которые требуют временного игнорирования конфликтующих сигналов — боли, тревожных мыслей, соматических ощущений или привычных автоматизмов (Hilgard E.R., 1977; Jensen M.P., Patterson D.R., 2014).

Именно здесь возникает содержательное сближение сетевого подхода с концепцией диссоциации, обсуждавшейся в главе 4. Диссоциацию в современном понимании корректнее трактовать не как «распад личности», а как функциональное разъединение компонентов обработки: определённые действия, ощущения или решения осуществляются при сниженной метакогнитивной маркировке авторства и при изменении переживания контроля. Классическая идея «скрытого наблюдателя» у Хилгарда, независимо от дискуссий вокруг её интерпретации, в сетевом языке переводится в гипотезу

о том, что мониторинговые контуры (включая переднюю поясную кору и связанные с ней системы контроля конфликта) могут работать в изменённом режиме, обеспечивая выполнение внушения при ослаблении привычной рефлексивной оценки «я делаю это сам» (Hilgard E.R., 1977; Kihlstrom J.F., 1985; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Поэтому эмпирические наблюдения о роли передней поясной коры и островка в гипнозе воспринимаются не как «локализация транса», а как указание на механизм переключения режимов: сеть значимости определяет, какие сигналы становятся «главными», и тем самым организует возможность перераспределения внимания и контроля (Menon V., 2011).

Важнейшим методологическим выводом последних десятилетий стало различение, с одной стороны, «состояния гипноза», а с другой — «эффекта внушения». Нейровизуализационные данные показывают, что в некоторых протоколах индукция сама по себе даёт относительно умеренные изменения, тогда как специфические внушения вызывают выраженную перестройку сетевой активности в соответствующих сенсорных и ассоциативных системах. В клиническом смысле это созвучно тому, что гипноз как метод — это не только наведение транса, но, прежде всего, терапевтическая работа внутри него, то есть адресное изменение восприятия, оценки и поведения (Spiegel H., Spiegel D., 1978; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Например, внушение анальгезии может быть связано с изменениями активности и связности в систе-

мах, участвующих в болевом опыте, включая островковую кору и поясную кору, а также в сетях контроля и ожидания, что станет предметом отдельного анализа в следующем разделе 5.3 (Jensen M.P., Patterson D.R., 2014). Внушения, направленные на образность, могут усиливать взаимодействия между теменно-височными ассоциативными зонами и медиальными структурами, вовлечёнными в эпизодическую реконструкцию, что клинически проявляется как «реалистичность» образа и субъективная убедительность переживания (Kosslyn S.M., Thompson W.L., Ganis G., 2006; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013). Тем самым сеть становится «посредником» между словом терапевта и переживаемой реальностью пациента.

Сетевой подход позволяет также по-новому рассмотреть центральный для гипнотерапии вопрос об ожидании и предиктивной обработке. Современные модели мозга как предиктивной машины утверждают, что восприятие и действие формируются не только входящими сигналами, но и прогнозами, которые мозг непрерывно строит и уточняет. Внушение в этом контексте может рассматриваться как специфический способ изменения приоритетов предсказаний и перераспределения «веса» ошибок предсказания, что приводит к реальному изменению переживания — боли, тревоги, телесных ощущений или когнитивной интерпретации ситуации (Friston K., 2010; Clark A., 2013). Функционально это должно отражаться в изменении взаимодействия между сетями

контроля, сетью значимости и сенсорными системами: сеть значимости определяет, какие сигналы подлежат усиленной обработке, сеть контроля поддерживает целевую установку, а сенсорные системы «подстраиваются» под новую рамку интерпретации. Клинически это объясняет, почему внушение, будучи по форме словесным актом, может иметь телесные последствия: слово не «магия», а информационный сигнал, который входит в систему предиктивного регулирования организма и перестраивает режим обработки опыта (Rossi E.L., 1986; Friston K., 2010).

Для психиатрической практики принципиален вопрос о том, как сетевые эффекты гипноза соотносятся с нормой и патологией. Изменённые состояния сознания сами по себе не являются расстройством; они становятся клинически значимыми, когда сопровождаются страданием, снижением контроля, нарушением функционирования или устойчивыми диссоциативными симптомами, не интегрируемыми в личностную структуру. В терминах МКБ-10/11 важно различать, с одной стороны, терапевтически индуцированный и контролируемый транс как метод, а с другой — патологические диссоциативные состояния, возникающие спонтанно и приводящие к дезадаптации . Сетевая перспектива помогает здесь тем, что позволяет рассматривать клинические риски не моралистически, а функционально: у пациентов с выраженной диссоциативной симптоматикой, психотическими расстройствами или тяжёлой нестабильностью аффекта се-

тевые режимы регуляции уже нарушены, и гипноз может либо стать инструментом стабилизации при правильном отборе и технике, либо усилить дезорганизацию при неадекватном применении. Это не «запрет гипноза», а требование клинической дифференциации и понимания сетевой уязвимости пациента, что будет подробно рассмотрено в разделе III о показаниях и противопоказаниях (Shapiro D., 1992).

Существенный аспект нейросетевой картины гипноза — социальная природа терапевтического воздействия. Гипнотерапия осуществляется в контексте доверия, авторитета, переноса и ожидания результата, и эти переменные не являются «внешними» по отношению к мозгу, а составляют значимую часть нейробиологической реальности психотерапии. Механизмы плацебо и контекстного лечения, хорошо известные в доказательной медицине, демонстрируют, что ожидание, смысл и терапевтический ритуал способны изменять нейронные сети боли, тревоги и мотивации. Гипноз в этом смысле является высокоструктурированным контекстным вмешательством, где смысловая рамка задаётся максимально ясно и последовательно, а внушение выступает концентрированным носителем ожидания (Kirsch I., 1994; Benedetti F., 2008). Следовательно, сетевые изменения при гипнозе в ряде случаев следует понимать как усиленный вариант общепсихотерапевтических механизмов, а не как «экзотическую» нейрофизиологию. В клиническом плане это поддерживает интеграцию гипнотерапии в общую психиат-

рическую и психологическую практику, а не её изоляцию в виде «особого искусства» (Spiegel H., Spiegel D., 1978; Oakley D.A., Halligan P.W., 2013).

Наконец, сетевой подход задаёт перспективу для технологического развития гипнотерапии, включая биологическую обратную связь и цифровые протоколы. Если гипнотический процесс связан с определёнными режимами сетевой координации, то нейрофидбек или мультимодальные метрики (ЭЭГ, вариабельность сердечного ритма, дыхательные паттерны) могут использоваться не как «объективный детектор гипноза», а как инструмент обучения пациента навыкам саморегуляции, то есть как мост между нейронаукой и клинической методологией (Gruzelier J.H., 2006; Rossi E.L., 1986). При этом именно сетевое понимание защищает клинику от техно-мистификации: любые устройства имеют смысл лишь тогда, когда они встроены в психотерапевтическую логику, этику и диагностическую дифференциацию по МКБ-10/11 .

На уровне выводов данный подраздел фиксирует принципиальную позицию: нейрофизиология гипноза наиболее адекватно описывается как динамическая перенастройка взаимодействия сетей самореференции, контроля и значимости, которая становится клинически продуктивной тогда, когда переводится в конкретную терапевтическую задачу — модификацию боли, тревоги, привычных реакций или травматических воспоминаний. Этим подготавливается переход к 5.3, где сетевые механизмы будут рассмотрены на наиболее

клинически измеримом материале — боли, сенсорной модуляции и гипноаналгезии, а также на вопросе, какие именно сетевые изменения соответствуют уменьшению страдания и улучшению функционирования, что важно для последующей связки с диагностикой и лечением в терминах МКБ-10/11 (Jensen M.P., Patterson D.R., 2014).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.