



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК
A61M 21/00 (2019.02)

(21)(22) Заявка: 2019109071, 28.03.2019

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
28.03.2019

Дата регистрации:
14.06.2019

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 28.03.2019

(45) Опубликовано: 14.06.2019 Бюл. № 17

Адрес для переписки:

119261, Москва, Ленинский пр-кт, 75/9, кв. 83,
А.М. Гонопольскому

(72) Автор(ы):

Гонопольский Александр Маркович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Гонопольский Александр Маркович (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: RU 2276999 C2, 27.05.2006. RU 2367479 C1, 20.09.2009. US 20170039045 A1, 09.02.2017. US 20140031608 A1, 30.01.2014. ГАРДАНОВА Ж. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения и их психотерапевтическая коррекция. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских (см. прод.)

(54) Способ лечения пациентов с пограничной нервно-психической патологией

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к психиатрии, психологии, и может быть использовано для лечения пограничной нервно-психической патологии на фоне психофармакологического лечения, воздействующего на нейромедиаторном клеточном уровне ЦНС и назначаемого в соответствии с имеющейся у пациента симптоматикой, одновременно проводят сеансы психотерапевтического воздействия. Каждый сеанс включает психотерапию, выполняемую путем нейролингвистического программирования (НЛП), направленного на замену негативных

переживаний на позитивные, и/или Эриксоновского гипноза, выполняемого путем использования техники «психосоматический мост». Затем во время того же сеанса или параллельно проводят БОС-терапию психоэмоционального состояния, включающую биоуправление (biofeedback) и нейробиоуправление (neurofeedback). Способ обеспечивает купирование психических, психологических, эмоциональных, поведенческих нарушений, стойкий результат - более года, за счет комбинированного психотерапевтического воздействия. 3 з.п. ф-лы, 1 пр.

(56) (продолжение):

наук. 2008, Москва, ФГУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий". SCHOENBERG POPPY L. A. et al. Biofeedback for Psychiatric Disorders: A Systematic Review. Applied Psychophysiology and Biofeedback. 2014, Volume 39, Issue 2, pp. 109-135.



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC
A61M 21/00 (2019.02)

(21)(22) Application: **2019109071, 28.03.2019**

(24) Effective date for property rights:
28.03.2019

Registration date:
14.06.2019

Priority:

(22) Date of filing: **28.03.2019**

(45) Date of publication: **14.06.2019** Bull. № 17

Mail address:

**119261, Moskva, Leninskij pr-kt, 75/9, kv. 83, A.M.
Gonopolskomu**

(72) Inventor(s):

Gonopolskij Aleksandr Marksovich (RU)

(73) Proprietor(s):

Gonopolskij Aleksandr Marksovich (RU)

(54) **METHOD OF TREATING PATIENTS WITH BORDERLINE NEUROPSYCHIC PATHOLOGY**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention refers to medicine, namely to psychiatry, psychology, and can be used for treating a borderline neuropsychic pathology with underlying psychopharmacological treatment affecting the CNS neurotransmitter cell level and prescribed according to the patient's symptomatology, concurrent psychotherapeutic sessions. Each session involves a psychotherapy performed by neurolinguistic programming (NLP) aimed at replacing negative

experiences with positive, and / or Erickson's hypnosis, performed by using the technique "psychosomatic bridge". Then, during the same session or in parallel, a psychoemotional state biofeedback therapy involving biofeedback and neurofeedback is performed.

EFFECT: method provides coping mental, psychological, emotional, behavioral disorders, stable result – more than a year, due to combined psychotherapeutic effect.

4 cl, 1 ex

RU 2 691 512 C1

RU 2 691 512 C1

Изобретение относится к области медицины, психиатрии, психологии и может быть использовано для эффективного лечения пограничных нервно-психических расстройств у людей трудоспособного возраста и не только.

5 Современная жизнь - сгусток стрессорных воздействий, с ее глобальными угрозами мировой войны, локальных конфликтов, терроризма и субъективными стрессами каждого индивидуума в виде страхов одиночества, потери работы, малообеспеченности, за будущее детей, за собственное здоровье и многих других.

10 Пограничные психические расстройства находятся на грани между нормой и патологией, здоровьем и болезнью, т.е. это нерезко выраженные нарушения психической деятельности, поведения с преобладанием невротического уровня нарушений, без выраженных психотических проявлений и нарастания деструкции личности.

При этом:

- сохраняется критическое отношение человека к своему состоянию;
 - болезненные изменения происходят преимущественно в эмоциональной сфере,
 15 сопровождаются нарушением вегетативных функций (кардиалгии, головная боль, потливость, тахикардии, одышка и др.);

нарушение вызвано обычно психическими (прежде всего характерологическими особенностями личности).

20 Оценка состояния здорового лица или лица с пограничной нервно-психической патологией чаще всего связана с действием механизма адаптации личности к среде. Всякое психическое нарушение можно считать нарушением приспособления к новым и трудным внешним и внутренним обстоятельствам жизни.

Нейрофизиологическая схема механизмов, приводящих к психической дезадаптации, выглядит следующим образом: мозг как функциональная система, обеспечивающая
 25 поведенческий акт, включает в качестве основы афферентный синтез, в процессе которого принимается решение о возможном действии с учетом ожидаемого будущего результата. Принятие и выполнение решения связаны с деятельностью акцептора результата действия, который благодаря механизмам памяти и обратной афферентации прогнозирует ситуацию («опережающее отражение»), контролируя и исправляя
 30 поведение.

При психотравмирующих ситуациях возникают выраженные отрицательные эмоции, толкающие к более энергичному поиску путей удовлетворения потребности, что может привести к нарушению афферентного синтеза, рассогласованию деятельности акцептора
 результата действия и неадекватному поведению.

35 Возникновение психической дезадаптации возможно не при дезорганизации отдельных подсистем, а только при нарушении всей системы адаптации в целом. Одним из важнейших условий возникновения пограничного расстройства является несоответствие имеющихся у человека социальных и биологических возможностей для переработки информации, скорости ее поступления количеству, которое может быть избыточным
 40 или, напротив, недостаточным.

Избыток информации приводит к срыву в том случае, если человек не в состоянии ее переработать и использовать. Недостаток же информации приводит к дезадаптации в ситуациях ограниченного времени.

45 Характер информации также имеет значение: в монотонной и однообразной, максимально предсказуемой среде функциональная активность психических процессов снижается. Для поддержания оптимального уровня необходимы новизна и непредсказуемость значения поступающей информации.

Важную роль в информационном обмене между организмом и средой играют эмоции.

Поэтому, прежде всего, при пограничных расстройствах возникают эмоциональные нарушения.

Эмоции сигнализируют о результатах действия: совпадают ли смоделированные параметры с полученными. Невозможность получения положительной эмоции в процессе 5 обратной афферентации приводит к поиску путей удовлетворения блокированной потребности.

Эмоциональные состояния не только влияют на поведение, но и зависят от него, поскольку эмоции у человека носят выраженный идеаторный характер. Рассогласование между стремлениями, представлениями и возможностями приводит к эмоциональным 10 расстройствам.

Наиболее часто при пограничных состояниях встречаются переживания страха, тоски, депрессии и лабильности настроения.

Основу дезадаптации психической деятельности при пограничных формах расстройств определяет ослабленная активность системы психической адаптации, тогда как при 15 психических расстройствах активность системы психической адаптации ослабляется далеко не всегда: она чаще извращена или имеет частичные или тотальные поражения (разрушения).

Болезненные проявления нарушений психической адаптации в отечественной практике принято относить к неврозам и психопатиям. Относят сюда и кратковременные 20 невротические реакции и личностные аномалии. Помимо неврозов и психопатий в ряд пограничных расстройств иногда также включают субпсихотические нарушения (квазипсихозы - идео-обсессивные, помешательство сомнений, истерические, сенесто-ипохондрические, паранойяльные).

Уровень техники

Известен способ повышения психологической толерантности и стрессоустойчивости 25 (RU 2233179 C1, РМАПО, опубликовано 27.07.2004). Осуществляют анализ анамнеза, рациональную психотерапию и суггестивное воздействие, причем при анализе анамнеза у пациента выявляют индивидуально специфичные дезадаптивные когнитивно-поведенческие стратегии.

С помощью рациональной и суггестивной психотерапии разъясняют и внушают 30 концепцию о ведущей роли интолерантности к стрессам в возникновении и сохранении патологических отклонений.

В состоянии бодрствования и гипнотического транса устраняют выявленные 35 дезадаптивные стереотипы и фиксируют оптимальные адаптивные стратегии мышления и поведения.

На первом этапе обучают пациента психосенсорно-ментальной саморегуляции и последовательному систематическому самоконтролю.

На втором этапе проводят тренинг психофизиологической сензитивности с 40 повышением порога чувствительности к негативным соматовегетативным и психосенсорным факторам.

На третьем этапе актуализируют ресурсы личности с апробацией и селекцией психологических защит.

На четвертом этапе проводят когнитивную коррекцию личности, симпатическую суггестию адаптивно-пластичного когнитивного типа личности и аверсионную суггестию 45 дезадаптивного когнитивного типа.

На пятом этапе обсуждают и тренируют модели поведения в ситуациях психологических утрат, проводят обучение визуально-вербальному самопрограммированию и когнитивно-сенсорной саморегуляции.

На шестом этапе повышают специфическую толерантность по отношению к актуальным для больного психотравмирующим факторам с помощью когнитивно-векторной саморегуляции.

5 На седьмом этапе осуществляют проверку результатов лечения в реальных условиях и динамическое наблюдение. Курс лечения включает в себя 7-10 сеансов.

Способ позволяет повысить эффективность коррекции низкой толерантности к психологическим стрессорам и психическим травмам и получать более стабильный эффект в короткие сроки.

10 Однако для получения устойчивого положительного результата требуется не менее 7 психотерапевтических сеансов по 1,5 ч. Кроме того, для повышения степени устойчивости достигнутых в ходе психотерапии и психокоррекции успехов осуществляется динамическое наблюдение в течение года, в ходе которого нередко приходится проводить поддерживающие сеансы. Таким образом, данный способ лечения требует больших временных и материальных затрат.

15 Известен способ психотерапии (RU 2173183 C1, Семенов С.П., опубликовано 10.09.2001), в котором проводят рациональную терапию, затем нейролингвистическое программирование и введение пациента в состояние транса. Перед введением пациента в состояние транса на пальцы его правой и левой рук и/или ног накладывают давящие повязки. Степень сдавливания осуществляют до появления ощущения пульсации. В
20 процессе внушения перед проговариванием формулы акцентируют внимание пациента на ощущении пульсации и вербально устанавливают связь между внушаемым изменением и ощущением пульсации. Способ позволяет повысить эффективность воздействия.

При этом, хотя эффект достигается за 2 проводимых сеанса, однако, не указано, как долго прослеживается этот стойкий положительный эффект по купированию
25 пограничных состояний.

Известен способ лечения пограничных нервно-психических расстройств и невротических нарушений (RU 2110287 опубликован 10.05.1998, Сираничева О.А.). Лечение проводят, в том числе, на фоне приема психофармакологических препаратов. При этом определяют симптоматическое выражение расстройства и проводят
30 психотерапию, вводя пациента в состояние транса. Суфлируют условное разделение личности взрослого пациента на разумную, эмоциональную и телесную части и проводят терапию с каждой из них. При терапии телесной части недирективно внушают, что при равенстве фазы входа и следующей за ней паузы происходит восстановление саморегуляции процессов в организме. При терапии эмоциональной части суфлируют
35 ощущение дистантного контакта взрослого пациента с разумной частью и непосредственный контакт с эмоциональной частью, маркируют комфортные состояния. Стимулируют воспоминание дискомфортных переживаний, а с помощью разумной части индуцируют реагирование на них с комфортными самоощущениями. При терапии разумной части по методу гештальттерапии внушают возрастной регресс, стимулируют
40 наступление катарсиса. При возвращении в настоящий возраст обучают адекватной коммуникации. В заключение суфлируют интеграцию всех частей и выводят из состояния транса.

Стойкий положительный эффект наблюдался до года. Однако сам курс лечения достаточно длительный - составляет 6 сеансов в течение 1,5 мес, раз в неделю по 1-1,5
45 ч.

Известно эффективное использование различных комплексов психотерапевтических воздействий в виде сочетаний гипнотического воздействия и биологической обратной связи (БОС, biofeedback), нейробиоуправления (нейроБОС, neurofeedback):

Shenefelt P.D. Use of hypnosis, meditation, and biofeedback in dermatology// Clin Dermatol. 2017 May - Jun;35(3):285-291. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.01.007. Epub 2017 Jan 22;

Sugarman L.I. et al. Symptoms as solutions: hypnosis and biofeedback for autonomic regulation in autism spectrum disorders// Am J Clin Hypn. 2013 Oct;56(2): 152-73;

5 Batty M.J. et al. Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility: EEG neurofeedback, progressive muscle relaxation and self-hypnosis// Brain Res Bull. 2006 Dec 11; 71(1-3):83-90. Epub 2006 Sep 1;

Olness K. Helping children and adults with hypnosis and biofeedback// Cleve Clin J Med. 2008 Mar;75 Suppl 2:S39-43.

10 О положительном взаимодействии БОС и гипноза пишет А.Зарецкий в своей книге о гипнозе и самовнушении (2012).

Однако данные источники информации не раскрывают режимы воздействия и длительность сохранения положительного лечебного результата при пограничных нервно-психических состояниях.

15 Осуществление изобретения

Заявляемый способ лечения пациентов с пограничной нервно-психической патологией включает одновременное проведение на фоне психофармакологического лечения, воздействующего на нейромедиаторном клеточном уровне ЦНС и назначаемого в соответствии с имеющейся у пациента симптоматикой, 2-3 сеансов

20 психотерапевтического воздействия.

Причем каждый сеанс включает:

-психотерапию, выполняемую путем нейролингвистического программирования, направленного на замену негативных переживаний на позитивные, и/или Эриксоновского гипноза, выполняемого путем использования техники

25 «психосоматический мост»;

- затем или параллельно БОС-терапию психоэмоционального состояния, включающую биоуправление (biofeedback) и нейробиоуправление (neurofeedback).

В качестве психофармакологического воздействия может проводиться прием нейролептиков, антидепрессантов, ноотропов.

30 Дополнительно пациенты могут принимать витамины группы В, А, Е, Д.

Теоретические основы изобретения

С помощью БОС-терапии человек учится регулировать свои физиологические функции, управлять организмом. Любой параметр: пульс, артериальное давление, частота дыхания, кожно-гальваническая реакция, температура тела, ЭЭГ-ритм, мышечное напряжение и расслабление, сигналы от произвольных мышц - могут регулироваться человеком.

35 Это позволяет воздействовать на организм по двум направлениям - физиологическому (БОС-терапия) и психологическому (гипноз, медитация, аутотренинг), объединив их для достижения поставленной цели.

40 Как проходит сеанс БОС-терапии? На теле человека фиксируют необходимые датчики-биосенсоры, физиологические параметры регистрируются и передаются в компьютер, обрабатываются и в понятной форме показываются обследуемому. Он видит на экране монитора, как реагирует его организм на мысли, движения, переживания, и понимает, что все эти процессы он может регулировать сам.

45 При недержании мочи у женщин БОС-терапия позволяет сформировать адекватный контроль функции мочевого пузыря и полностью избавиться от проблемы.

Проводятся эксперименты по использованию БОС-терапии при наличии тремора. В случае успеха человек сам способен уменьшить дрожание руки, головы и даже всего

тела.

С помощью БОС-терапии можно регулировать показатели ЭЭГ, изменять состояние сознания, повышая настроение, уверенность в себе, устойчивость к стрессу. Несомненное достоинство БОС-терапии - ее наглядность. Испытуемый видит отражение своего поведения в виде конкретных показаний приборов и может воздействовать на свой организм, дозируя интенсивность нагрузки.

Психофизиологическая саморегуляция - основная цель метода, обратный возврат информации способствует относительно быстрому освоению навыка физиологического контроля различных функциональных состояний организма и нервной системы в частности.

Для целей заявляемого способа используются любые подходящие для пациента датчики, измеряющие соответствующие параметры его организма.

Нейробиообратная связь (нейрофидбек, нейрофитнес) - специализированная область в рамках БОС-терапии, которая основана на контроле электрофизиологических процессов в головном мозге (ритмы мозга: альфа, бета, гамма и др.) с помощью ЭЭГ. Многие неврологические расстройства и заболевания сопровождаются «неправильными паттернами» (рисунками ритмической активности головного мозга), по преимуществу коры больших полушарий мозга.

Оценка нейрофидбека использует основания сравнения с нормативными данными ЭЭГ-записей для идентификации «неправильных» образцов. Тренинги с обратной связью по ЭЭГ позволяют человеку нормализовать и оптимизировать мозговую деятельность.

Практика нейрофидбека расширяется, охватывая такие проблемные области как: дефицит внимания с гиперактивностью (ADHD), проблемы с обучаемостью, эпилепсия, депрессии, травмы головного мозга, токсикомании, тревожность и др.

Исследования показывают, что БОС-терапия, одна и в сочетании с другими методами психотерапии, эффективна для коррекции множества психологических расстройств, от головной боли и гипертонии до расстройств внимания и многочисленных фобий. Широкое применение метод получил в нейрорепабилитационной практике с использованием бесконтактных контроллеров и среды виртуальной реальности.

Этот метод с успехом используется для формирования необходимых качеств и навыков, таких как стрессоустойчивость, релаксация, внимательность, объем рабочей памяти, активизация ресурсов, мобилизация, что ведет к повышению работоспособности и сопротивлению повышенным информационным нагрузкам, что играет практически главную роль в жизни современного человека (<http://www.neurofitness.ru/39-uncategorised/articles/128-fitness-dlya-mozga.html>).

При этом следует помнить, что любые физиологические ответы на изменения во внешней и внутренней среде организма, воздействиях на него реализуются через выделение и работу нейромедиаторов - биологически активных веществ.

Так, процесс передачи информации, нервных импульсов в нервной системе с помощью нейротрансмиттеров (нейромедиаторов) осуществляется в синаптических клеточных контактах.

Нейромедиаторы, выделившиеся в синаптическую щель в процессе нервного возбуждения, взаимодействуют со специализированными участками постсинаптической мембраны - рецепторами, вызывая соответствующий физиологический ответ.

Известно большое число нейромедиаторов: моноамины (ацетилхолин, дофамин (допамин), норадреналин, адреналин, гистамин, серотонин, ГАМК, глутамат, глицин

и др.).

Дофамин, норадреналин и адреналин объединены под общим названием «катехоламины».

5 Аминокислоты: возбуждающие - L-аспартат, L-глутамат, тормозные - гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), глицин.

Макроэргические соединения: аденозинтрифосфат, аденозин.

Нейропептиды: вырабатываемые в организме биологически активные вещества пептидной природы - эндорфины, энкефалины, субстанция Р, вазопрессин и др.

10 Большинство нейромедиаторов реализуют свои эффекты как в ЦНС, так и на периферии. Но ряд нейромедиаторов, например, аминокислоты, выступают в качестве передатчика возбуждения преимущественно в ЦНС.

Лекарственные средства, действующие на соответствующие рецепторы подобно нейромедиатору, называются агонистами, и при взаимодействии с рецептором оказывают на эффекторную клетку воздействие, близкое к эффекту нейромедиатора.
15 Средства, препятствующие взаимодействию нейромедиатора с рецептором, блокирующие его действие, называются антагонистами.

Лекарства, действующие на нейромедиаторные процессы, могут реализовывать фармакологические эффекты не только при непосредственном взаимодействии с рецептором, но и путем вмешательства в метаболизм, биосинтез нейромедиатора;
20 изменять скорость его прохождения через пресинаптическую мембрану и т.д. Таким образом действуют многие психотропные препараты.

Одним из распространенных пограничных нервно-психических расстройств является психогенно-обусловленное депрессивное состояние (не эндогенная депрессия).

Известны психологические механизмы депрессии. Депрессия в той или иной степени
25 сопровождает большинство психологических проблем. Психоанализ дает представление о роли в ее развитии ранних взаимоотношений с матерью. Депрессию можно описать как воздействие Карающего Внутреннего Родителя на Эго-состояние ребенка. Когнитивные теории Эллиса и Бека придают значение негативному мышлению и неадекватным мыслительным формулировкам. Есть экзистенциальное понимание
30 депрессии как проблемы, которую нужно преодолеть для духовного роста.

Существует нейрохимический взгляд на депрессию. Еще Гиппократ приписывал появление меланхолии действию в теле «черной желчи». Действительно, депрессия сопровождается снижением уровня определенных медиаторов ЦНС.

Открытие связи между медиаторами мозга и депрессией произошло случайно. Когда
35 был синтезирован аминазин, это была революция в психиатрии: у врачей появилась возможность контролировать психотические состояния, галлюцинации и бред. Препарат усовершенствовались и однажды синтезировали имипрамин. Он был не очень эффективным для лечения психозов, зато оказывал антидепрессивный эффект. Так появился первый антидепрессант Мелипрамин.

40 Случайно открыли еще одну молекулу с антидепрессивным действием: средство от туберкулеза - ипразид. Врачи туберкулезных клиник заметили, что на фоне лечения препаратом настроение пациентов становится приподнятым, иногда неадекватно.

При исследованиях механизма действия этих препаратов было установлено, что они повышают уровень серотонина и других медиаторов в головном мозгу.

45 Так появилась классическая моноаминовая гипотеза: депрессия коррелирует со снижением уровней серотонина, дофамина и норадреналина. Добываясь увеличения количества этих медиаторов, можно уменьшить симптомы депрессии.

Дефицит каждого из медиаторов вызывает специфические проявления.

Синдром дефицита дофамина проявляется апатией, т.е. отсутствием желания что-либо делать. Пропадает способность получать удовольствие от жизни. Возникает ощущение, что все чувства исчезли, человек чувствует себя эмоционально отгороженным, мир для него выглядит отчужденным или неживым. Пропадает спонтанность и свобода в проявлении своих эмоций. Улыбка выглядит натянутой, движения зажаты. Возникают нарушения мышления. Оно становится конкретным, трудно думать об абстрактных вещах. Иногда мысли кажутся пустыми, краткими, текут неровно или прерываются.

Дефицит серотонина влияет на эмоциональный компонент депрессии. Возникает тревога, приступы паники. Человек чувствует тоску или меланхолию, появляется ощущение, что «душа болит». Изменяется аппетит и вкусовые пристрастия. Приступы переедания (булимия) тоже связывают с дефицитом серотонина. Появляются навязчивые мысли и действия. Беспокоят боли разной локализации.

Синдром дефицита норадреналина связан с нарушением познавательных функций, концентрации внимания, замедляется обработка информации, ухудшается память. Иногда человеку кажется, что он «поглупел». Мышление замедленное, человек двигается с трудом и быстро устает. Настроение снижается. Наряду с серотонином, норадреналин принимает участие в регуляции болевых ощущений. При его дефиците появляются боли депрессивного происхождения.

Существуют антидепрессанты - ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Они увеличивают его уровень в головном мозгу. Например, флюоксетин и сертралин. Есть антидепрессанты, увеличивающие уровень норадреналина - мапротилин и миансерин. Синтезированы антидепрессанты двойного действия, восполняющие дефицит серотонина и норадреналина, например, дулоксетин. Наконец, существуют трициклические антидепрессанты типа amitриптилина, которые блокируют все три вида рецепторов.

Антидепрессанты имеют отсроченный эффект: улучшение настроения происходит не сразу, а не раньше чем через 2 недели после начала их приема. При этом уровень серотонина повышается сразу, после первой же таблетки. Оказалось, что серотонин регулирует выработку мозгового фактора роста нейронов. Под его воздействием в лобных долях головного мозга постепенно выстраиваются новые нейронные связи. Человек учится справляться со своей внутренней ситуацией, и депрессия отступает.

Этот процесс называют нейропластичностью. Раньше бытовало мнение, что «нервные клетки не восстанавливаются». Оказалось, восстанавливаются, но не очень быстро. Поэтому все антидепрессанты нужно принимать долгое время. Это открытие сближает психологическую и нейрохимическую теории депрессии. Под действием серотонина и нового благоприятного опыта взаимодействия со средой формируются новые нейронные сети, которые более эффективно справляются с эмоциональной ситуацией. Можно считать, что сочетание антидепрессантов и адекватной психотерапии приведет к более быстрому купированию депрессивной симптоматики, что и используется в заявляемом способе.

Другой мишенью научного интереса является роль стресса в развитии депрессии. У депрессивных пациентов повышен уровень гормона стресса - кортизола. Считается, что происходит сбой в гормональной системе в ответ на стресс, кортикостероиды вырабатываются в повышенном количестве. Этот процесс опять-таки регулирует серотонин и фактор роста нейронов.

Проведены успешные испытания средства, блокирующего выработку кортизола. Противогрибковый препарат кетоконазол уменьшал симптомы депрессии у испытуемых.

Достаточно эффективными оказались немедикаментозные и психотерапевтические способы релаксации и уменьшения стресса. Это массаж, ароматерапия, аутотренинг, медитации и расслабляющая музыка.

5 В развитии депрессии также задействованы гормоны щитовидной железы. Есть данные о роли воспаления или преждевременной дегенерации мозговых структур.

Ученые сосредоточились на поиске новых подходов и новых молекул для лечения депрессии. Исследуются возможности антиоксидантов, противовоспалительных средств, гормонов и ноотропов для медикаментозной терапии депрессии.

10 Все известные препараты имеют умеренную эффективность и необходимость длительного приема. Установлена примерно одинаковая эффективность психотерапии и лекарственного лечения депрессивных состояний. В легких случаях можно выбрать один из способов, при тяжелых проявлениях более эффективен комплексный подход: психотерапия на фоне приема антидепрессантов.

15 Биохимические изменения при заболеваниях, сопровождающихся тревогой и страхом, менее изучены по сравнению с аффективными расстройствами и психозами.

В норме у человека в ответ на стресс в крови повышается уровень адреналина и других катехоламинов (норадреналина, дофамина).

Внутривенное введение адреналина вызывало или усиливало соматические проявления тревоги при тревожных расстройствах (Breggin, 1964 г.).

20 Некоторые из стимуляторов норадреналина вызывают усиление продукции молочной кислоты, свободных жирных кислот, которые являются маркерами тревожных расстройств.

Доказано, что изопреналин - агонист бета-адренорецептора вызывает тахикардию и быстро повышает уровень тревожности (Frolich с соавт., 1969 г.).

25 У пациентов с тревожно-мнительными чертами характера повышен в моче и крови уровень катехоламинов. Выделение адреналина и норадреналина отмечено при тревоге, спровоцированной стрессом, причем увеличение адреналина фиксировалось и в процессе лечения, и в обычных ситуациях. А увеличение выделения норадреналина связывают с изменением обычных ситуаций, сопровождалось оно страхом и агрессивным поведением (Schildkraut, Kety., 1967 г.).

30 Mathew с соавторами в 1980 г доказал, что адреналин, как и норадреналин, повышаются у больных с генерализованным тревожным расстройством, а снижение их уровня наблюдалось после курса БОС-терапии.

35 Молочная кислота также является маркером уровня тревоги. Внутривенное введение молочнокислого натрия увеличивало тревогу сразу после инфузии. После введения глюкозы тревога снижалась. Снижение тревоги после приема сладких кулинарных изделий основано именно на успокаивающем эффекте глюкозы.

40 Предположительно, молочная кислота связывается со свободным кальцием в крови, что ведет к снижению уровня кальция, а это приводит к ослаблению его влияния на передачу нервных импульсов в ЦНС.

Таким образом, лактат способствует возникновению и усилению тревоги, вызывает чувство паники у чувствительных к стрессу пациентов.

Опыты с использованием магнитно-резонансной спектроскопии показали, что уровень лактата в ЦНС у пациентов с паническими атаками повышен.

45 Гипервентиляция при гиперкапнии также приводит к панической атаке, характерной для индукции лактатом, при этом уровень лактата в головном мозге повышается.

Вдыхание 5% CO₂, или введение бикарбоната натрия, также провоцирует панические атаки. CO₂ - общий метаболит лактата и бикарбоната, что подтверждает теорию

возникновения церебральной гиперкапнии, которая приводит к гипервентиляции и паническим атакам (Рарр с соавт., 1993 г).

5 Таким образом, диагностика и лечение пограничных психических расстройств должны основываться на знании многих биохимических процессов, происходящих в мозге пациентов.

Что касается развития стрессовой реакции организма в ответ на изменение ситуации (внешней или внутренней), то, согласно теории Г. Селье, выделяют 3 стадии развития общего адаптационного синдрома: реакцию тревоги, стадию резистентности и стадию истощения.

10 При анализе последствий общего адаптационного синдрома Г. Селье утверждал, что хотя этот синдром в целом имеет защитно-приспособительный характер, в ряде случаев ответная реакция организма может оказаться неадекватной условиям, ее вызывающим. Она может оказаться более сильной, чем нужно, ослабленной или извращенной, и тогда становится причиной последующих патологических изменений

15 в организме.

Стресс-болезни появляются, когда приспособительная реакция становится неадекватной и выступает в роли патогенного фактора. Например, избыток стероидов при частых интенсивных стрессах способствует возникновению поражений желудочно-кишечного тракта (стероидная язва). Экспериментально доказано, что стресс ускоряет

20 рост новообразований, повышает частоту метастазирования. Хронический стресс вызывает нервно-психические расстройства (депрессию, тревогу, утомляемость и т.д.). Описана роль эмоционального стресса в развитии соматических и психических заболеваний, особенно при длительном, интенсивном стрессе.

У людей с функциональной недостаточностью гипоталамо-гипофизарной или симпатoadренальной системы стадия резистентности может отсутствовать, тогда

25 возможно быстрое наступление стадии истощения. К развитию «стрессовых болезней» может привести и нарушение взаимоотношений между двигательным и вегетативным аппаратом.

Современный человек - существо социальное, он сдерживает свои эмоции, не

30 проявляет двигательных реакций в ответ на стрессор (борьба или бегство). Эпидемиологи обнаружили наибольший уровень стресса и частоту болезней адаптации у индивидов, чьи амбиции не соответствовали их социальному или профессиональному статусу. И напротив, плодотворная деятельность в соответствии со способностями и уровнем притязаний человека препятствовала дистрессу.

35 Механизмы, переводящие организм из фазы сопротивления в фазу истощения, до конца еще не выяснены.

Выраженность стрессорных повреждений зависит не только от интенсивности действия стрессоров, но и от генетически детерминированной или приобретенной резистентности к стрессам, которая может быть изменена направленными воздействиями

40 извне.

Резистентность к стрессам, в том числе, обуславливается и уровнем нейротрансмиттеров.

Физиологически возбуждающие нейротрансмиттеры действуют как естественные стимуляторы организма, в целом повышающие живость, активность и энергичность.

45 Но в головном мозге возбуждение должно быть в равновесии с торможением. Слишком большое возбуждение приводит к беспокойству, раздражительности, бессоннице, эпилептическим припадкам.

Физиологически тормозящие нейротрансмиттеры выполняют роль естественных

транквилизаторов организма, вызывая сонливость, способствуя спокойствию и уменьшая агрессивность.

5 Многие наркотики химически подобны нейротрансмиттерам. При отказе от наркотиков некоторое время нейротрансмиттеры не вырабатываются, так что наркоману «в завязке» действительно тяжело.

Чаще всего наркотические вещества активизируют долю мозга, связанную с неконтролируемыми, доисторическими, если так можно сказать, аспектами человека, среди них и более острое зрение (то есть под наркотическими веществами усиливается выработка нейротрансмиттеров, питающих сетчатку глаза), обоняние, слух, иное восприятие реальности.

10 После ухода от наркотиков эти зоны мозга могут продолжать быть активными за счет подавления других зон, а зрение, обоняние и слух могут наоборот стать хуже. В качестве реакции на чрезмерное и непривычное возбуждение тело ответит торможением, незначительным или ускоренным снижением этих функций.

15 Известны группы нейротрансмиттеров в зависимости от особенностей действия:

Эндогенные опиаты - контроль физической и эмоциональной боли.

Эндорфины - чувство благополучия.

Энкефалины - реакция на стресс.

20 Норадреналин или Норэпинефрин - энергичность, побуждение к действию, нейрогормональный контроль, реакция готовности, собранности.

ГАМК способствует расслаблению и успокоению.

Ацетилхолин улучшает память и способствует обучению.

Допамин (дофамин) в основном отвечает за половое влечение, настроение, живость и движение.

25 Серотонин влияет на настроение, аппетит, эмоциональное равновесие и управление мотивацией. Он является частью системы поощрения головного мозга и вызывает чувства удовлетворения или удовольствия, когда мы делаем то, что нам нравится.

Такие наркотические вещества как кокаин, никотин, опиаты, героин и алкоголь повышают уровень допамина. Вкусная пища и секс действуют так же.

30 По этой причине многие исследователи считают, что за склонностью некоторых людей к курению, употреблению наркотиков и алкоголя, неразборчивости в сексуальных партнерах, увлечению азартными играми и перееданию стоит дефицит допамина.

Повышенный уровень допамина во фронтальных отделах головного мозга приводит к непоследовательным и прерывающимся мыслительным процессам, характерным для шизофрении. Высокий уровень допамина приводит к возбуждению и повышенной энергичности, которые затем меняются на подозрительность и паранойю. При низком уровне допамина человек теряет способность к концентрации. Высокий уровень допамина наблюдается у пациентов с недостаточной желудочно-кишечной функцией, аутизмом, резкими изменениями настроения, агрессивностью, психозами, неврозом

40 страха, гиперактивностью, у детей с расстройством внимания.

Низкий уровень допамина в моторных областях головного мозга ведет к болезни Паркинсона. Снижение уровня допамина в областях мозга, отвечающих за мышление, связано с когнитивными проблемами (плохая память и недостаточная способность к обучению), недостаточной концентрацией, трудностями при инициализации или

45 завершении различных заданий, недостаточной способностью концентрироваться на выполнении заданий и разговоре с собеседником, отсутствием энергичности, мотивации, неспособностью радоваться жизни, вредными привычками и желаниями, навязчивыми состояниями, отсутствием получения удовольствия от деятельности, которая ранее

была приятной, а также с замедленными моторными движениями.

При нехватке допамина прежде всего назначается диета, богатая протеинами, а также витамин В6, кальций, магний, хром и другие. Лечение может усиливаться гормонами (тестостероном, эстрогеном).

5 Пиво - растительный эстроген, любовь к нему может быть признаком низкого уровня допамина.

Серотонин отвечает за эмоциональную стабильность, самообладание, режим сна, помогает вставать по утрам свежими и отдохнувшими, обеспечивает устойчивое позитивное восприятие мира, получать удовольствие от каждой минуты.

10 Серотонин помогает в работе, где необходимы тонкая моторика, хорошая координация. При его нехватке тянет на соленое, докучают боли в спине, возможна головная боль. Острые состояния грозят бессонницей, анорексией, булимией, депрессией.

Хронический стресс истощает ресурсы серотонина. Богатая углеводами пища увеличивает концентрацию аминокислоты триптофан, предшественника серотонина.

15 Кроме того, рекомендуют витамины группы В, творог, белый сыр, рыба, темный рис, семена подсолнечника.

Высокий уровень серотонина вызывает успокоение, снижение сексуального возбуждения, чувство благополучия, блаженства и ощущения слияния с вселенной.

20 Но избыток серотонина (серотониновый синдром) может быть фатальным, вызывая сильную дрожь, обильное выделение пота, бессонницу, тошноту, агрессивность, самоуверенность, возбуждение и злокачественную гипертермию. Он требует неотложной медицинской помощи с использованием препаратов, нейтрализующих или блокирующих действие серотонина.

25 Низкий уровень серотонина приводит к депрессивному настроению, беспокойству, низкой энергичности, мигрени, расстройствам сна, навязчивым или маниакальным состояниям, чувству напряжения и раздражения, тяге к сладкому или потере аппетита, ухудшению памяти и концентрации внимания, агрессивному поведению, замедленным движениям и речи, уменьшению интереса к сексу.

30 Уровни различных гормонов, в том числе эстрогена, могут влиять на количество серотонина. Этим объясняется то, что у некоторых женщин в предменструальный период, а также в менопаузе возникают проблемы с настроением. Как уже упоминалось, ежедневный стресс может значительно сокращать запасы серотонина в организме.

Физические упражнения и хорошее освещение помогают стимулировать синтез серотонина и увеличить его количество.

35 Ацетилхолин обеспечивает контроль над системами мышц и органов, памятью, мышлением, вниманием.

При дефиците ацетилхолина возникает аппетит на жирную пищу, сухость во рту, кашель.

40 Выброс в кровь ацетилхолина может оказывать возбуждающее или тормозящее действие в зависимости от вида ткани и природы рецептора, с которым он взаимодействует. Ацетилхолин играет много ролей в нервной системе. Его основным действием является стимуляция скелетных мышц. Он вызывает их сокращение или расслабление. Отвечает за запоминание и поиск информации в памяти. Болезнь Альцгеймера связана с отсутствием ацетилхолина в определенных областях головного
45 мозга.

При поступлении никотина в организм мозг посылает мышце сигнал сокращения, но до нее доходит лишь часть этого сигнала, так как никотин блокирует ацетилхолин. Вот почему курение вызывает ощущение вялости, которое принимают за расслабление.

Люди, бросившие курить, часто замечают, что стали беспокойными и суетливыми. Это происходит потому, что мозг больше не блокируется никотином, и все сигналы к мышцам доходят в полном объеме.

ГАМК (GABA) - гамма-аминомасляная кислота, важный тормозящий нейротрансмиттер ЦНС, играющий значимую роль в регуляции страха и беспокойства и уменьшении влияния стресса.

ГАМК оказывает успокаивающее действие на мозг и помогает отфильтровать «посторонний шум», улучшает концентрацию внимания. ГАМК - антагонист возбуждающих нейротрансмиттеров, которые могут вызывать страх и беспокойство, регулирует действие норадреналина, адреналина, допамина и серотонина, модулирует настроение.

Высокий уровень ГАМК приводит к излишнему расслаблению и успокоению - до уровня, когда это негативно влияет на нормальные реакции.

Недостаток ГАМК ведет к излишней стимуляции головного мозга. Люди с дефицитом ГАМК склонны к неврозам, алкоголизму. Низкий ее уровень связан с биполярным расстройством, манией, недостаточным контролем над побуждениями, эпилепсией.

Исследование 1990 г. показало наличие связи между пониженным уровнем ГАМК и алкоголизмом. Когда участники исследования, отцы которых страдали от алкоголизма, выпивали рюмку водки, их уровень ГАМК поднимался до значений, наблюдавшихся у участников исследования из контрольной группы.

Истощение ресурсов ГАМК проявляется в повышенной потребности в углеводах, тахикардии, потливости, головной боли, нервозности, колебаниям АД, тревожности. Рекомендуются диета с повышенным количеством углеводов (например, темного риса), зеленых овощей, травяные чаи.

Адреналин - возбуждающий нейротрансмиттер, образуется из норадреналина и выделяется вместе с норадреналином при реакции на страх и гнев: «реакция бегства или борьбы», настраивает организм к напряженной деятельности.

Регулирует внимательность, возбуждение, когнитивные процессы, сексуальное возбуждение и концентрацию внимания.

Высокий его уровень приводит к беспокойству, чувству страха, проблемам со сном, острой форме стресса и синдрому дефицита внимания с гиперактивностью.

Низкий уровень способствует увеличению веса, утомляемости, плохой концентрации внимания и пониженному сексуальному возбуждению.

Стресс истощает запасы адреналина в организме, а физическая нагрузка способствует их увеличению.

Глутамат - возбуждающий нейротрансмиттер, связанный с процессами обучения и памяти, играет роль при эпилептических припадках. Он также является одним из главных пищевых компонентов, который создает вкус. В виде соли натрия он находится в пище, содержащей белки, таких как сыр, колбасы, молоко, грибы, мясо, рыба, овощи.

Высокий его уровень токсичен для нейронов и играет роль в развитии таких расстройств, как боковой амиотрофический склероз, болезнь Хантингтона, периферические невропатии, хроническая боль, шизофрения, инсульт и болезнь Паркинсона.

Недостаточное его количество может играть роль в ухудшении памяти и способности к обучению.

Гистамин наиболее известен своей ролью при аллергии. Он также важен при передаче нервных импульсов, может влиять на эмоции и поведение человека, управлять циклом сна и пробуждения, способствует высвобождению адреналина и норадреналина.

Высокий уровень связан с навязчивыми маниакальными состояниями, депрессией и головными болями, низкий способствует развитию паранойи, низкому либидо, утомляемости, чувствительности к лекарственным средствам.

5 Класс моноаминов, включающих серотонин, норадреналин, ГАМК, глутамат и допамин, согласно моноаминной гипотезе, при истощении одного или нескольких из этих нейромедиаторов вызывает расстройства настроения.

В заявляемом способе для повышения эффективности лечения пограничных расстройств, помимо известных фармакологических средств, являющихся агонистами или антагонистами упомянутых нейромедиаторов (согласно имеющимся симптомам 10 у конкретного пациента), используют методы чисто психотерапевтического воздействия.

В последнее время востребованным является метод нейролингвистического программирования (НЛП).

Яркость и кажущаяся легкость технологий НЛП, к сожалению, привела к некритичной эксплуатации данного подхода. Проводится огромное количество тренингов, семинаров 15 неспециалистами, освоившими, вернее присвоившими, данные технологии, но слабо разбирающимися в основах, концепции НЛП (Драпак Е.В., 2014).

«Нейролингвистическое программирование» - громоздкое словосочетание, за которым скрываются три простые идеи. Часть «нейро-» отражает фундаментальную идею, что поведение берет начало в неврологических процессах видения, слушания, 20 восприятия запаха, вкуса, прикосновения и ощущения. Мы воспринимаем мир через пять органов чувств, извлекаем «смысл» из информации и затем руководствуемся им. Наша неврология включает в себя не только невидимые мыслительные процессы, но видимые физиологические реакции на идеи и события. Одно является отражением другого на физическом уровне. Тело и разум - это неразделимое единство, человеческое 25 существо.

«Лингвистическая» часть названия показывает, что мы используем язык для упорядочивания мыслей и поведения, вступая в коммуникацию с другими людьми.

«Программирование» указывает на способы, которыми мы организуем свои идеи и действия, чтобы получить результат.

30 В определении Р. Дилтса НЛП дает описание динамики взаимодействия между сознанием («нейро-») и языком («лингвистика») и определяет, как это взаимодействие влияет на нашу деятельность и поведение.

Вот что сказано о НЛП в «Психотерапевтической энциклопедии»:

НЛП - «модель человеческих коммуникаций и поведения, которая может быть 35 эффективно использована для организации и описания взаимодействий в психотерапии, педагогике, менеджменте с целью их оптимизации: современное направление постэриксонской психотерапии. НЛП базируется на ряде источников:

- 1) изучении и анализе практики М. Эриксона, Сатир, Перлза и других представителей американской психотерапии;
- 40 2) на современных данных о межполушарной асимметрии - различиях в переработке информации правым и левым полушариями; работах Бейтсона, посвященных «экологии разума», со ссылкой на зоопсихологические данные формирования нестандартных «творческих» стереотипов поведения дельфинов при определенных условиях дрессировки;
- 45 3) на трансформационной грамматике Хомского, выделяющей глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения;
- 4) на исследованиях кибернетики 1950-1960-х гг., стирающих границы между искусственным и естественным интеллектом; на теории логических типов Рассела.

Таким образом, НЛП является междисциплинарной интегративной концепцией необихевиористской ориентации.

Хотя НЛП изначально позиционируется как прикладное направление в психологии и терапии, можно выделить ряд декларируемых концептуальных положений, которые лежат в основе предлагаемых технологий и знание которых делает эти технологии понятными.

Концептуальные положения НЛП:

1. Человеческие существа обладают способностью обучаться вне зависимости от возраста.

Мозг обучается очень быстро. Это и хорошо, и плохо. Хорошо, что личность может обучаться быстро и в совершенстве. Плохо, что можно с легкостью научиться неадаптивным формам поведения. Например, фобия - результат мгновенного обучения страху.

2. Если некто умеет делать нечто, то это поведение становится объектом моделирования.

Данное положение - одно из самых важных в НЛП. С его осознания и началось его становление. Анализируя опыт работы ведущих специалистов (В. Сатир, М. Эриксон), Р. Бэндлер и Д. Гриндер выделили паттерны мышления и поведения, которые обеспечивают успех, т.е. те приемы работы, которые не всегда осознаются, но используются и имеют общую последовательность.

3. Каждый человек внутри себя обладает всеми ресурсами для изменения.

Задача терапевта в том, чтобы найти доступ к этим ресурсам и актуализировать их в той или иной ситуации. НЛП предоставляет способы, приемы, обеспечивающие доступ к имеющимся у человека ресурсам.

4. «Карта» не есть территория.

С точки зрения Р. Дилтса, это один из фундаментальных принципов НЛП, означающий, что:

- Люди реагируют не на реальность, а на собственное восприятие реальности.
- Каждый человек обладает собственной индивидуальной «картой мира». Никакая отдельная «карта» - отражение мира - не является более подлинной или настоящей, чем любая другая.
- Смысл межличностного взаимодействия заключается в реакции, которую оно вызывает, независимо от исходных намерений вступающих во взаимодействие людей.
- Наиболее «мудрые» и «дружественные» карты - те, которые предоставляют наиболее широкий и богатый выбор возможностей, а не те, которые являются наиболее «подлинными» или «точными».
- Люди потенциально уже обладают всеми ресурсами, необходимыми для эффективных действий.
- Любое поведение - даже самое жестокое, сумасшедшее и невообразимое - представляет собой выбор лучшего варианта из имеющихся у этого человека в данный момент, исходя из его возможностей и способностей, определяемых его моделью, «картой» мира.
- Изменения происходят при высвобождении или приведении в действие подходящих ресурсов в рамках конкретного контекста, благодаря обогащению «карты мира» данного человека.

Человек никогда не может постичь всей полноты действительности. То, что мы познаем, - лишь наше восприятие этой действительности. Мы создаем представление об окружающем мире и реагируем на него через сенсорные репрезентативные системы.

И именно наши «нейролингвистические» карты действительности, а не сама действительность, определяют наши поступки и придают им смысл.

И, как правило, не сама действительность сдерживает или, наоборот, побуждает нас идти вперед, а наша «карта» - отражение этой действительности.

5 5. Целью моделирования человеческого опыта является преодоление ограничений и превращение их в возможности, богатые выбором. Выбор всегда лучше, чем его отсутствие.

6. «Жизнь и сознание являются системными процессами», а именно:

10 • Процессы, происходящие в человеке и при взаимодействии человека со средой, являются системными. Наши тела, сообщества и Вселенная образуют экологию сложных систем и подсистем, которые постоянно взаимодействуют и влияют друг на друга. Подобные системы основываются на определенных принципах самоорганизации и, естественно, стараются прийти в состояние оптимального равновесия, называемого гомеостазом.

15 • Невозможно полностью изолировать какую-либо часть системы от всей остальной системы. Люди не могут не оказывать влияния друг на друга. Взаимодействия между людьми образуют такие цепи обратной связи, что человек на самом себе испытывает результаты воздействия его поступков на других людей.

20 • Системы являются самоорганизующимися и стремятся к естественному состоянию уравновешенности и стабильности. Нет поражений - есть только обратная связь.

• Никакая реакция, опыт или поступок не имеет смысла вне своего контекста или вне отклика, который они за собой влекут. Любое поведение, опыт или реакция могут служить ресурсом или ограничивающим фактором, в зависимости от того, насколько они согласуются с остальной системой.

25 • Не все взаимодействия в системе происходят на одном и том же уровне. То, что позитивно на одном уровне, может быть негативным на другом. Полезно отделять свой поступок от собственного «я», т.е. положительные намерения, функцию, убеждения и т.п., вызывающие данный поступок, от самого поступка.

30 • Любое поведение имеет на определенных уровнях позитивное намерение. Оно воспринимается или воспринималось как положительное и приемлемое в том контексте, где получило развитие и с точки зрения человека, совершившего действие. Гораздо легче и продуктивней реагировать на намерение, чем на проблемное поведение.

35 • Окружающая обстановка и контексты все время меняются. Одно и то же действие не всегда будет приводить к одному и тому же результату. Для успешной адаптации и выживания необходима определенная гибкость. Уровень гибкости пропорционален изменчивости остальной части системы. По мере усложнения системы увеличивается количество вариантов ее состояния и требуется все большая степень гибкости.

40 • Система логических уровней Г. Бейтсона. На любую проблему можно посмотреть под разными углами, с разных уровней. Чтобы кто-то существовал в мире, что-то с ним происходило, это должно быть где-то. Это - уровень окружения. Вопросы, обращенные к уровню окружения: «Где? Когда?» На этом уровне трудно говорить о проблемах, скорее можно решать какие-то задачи. Например, неудобно сидеть на этом стуле - можно пересесть на другой. Не нравится человек - можно исключить его из
45 своего окружения.

Следующий - уровень поведения. Ведь в любом окружении человек что-то делает (говорит, двигается, испытывает эмоции, дышит, ест и т.п.). Причем можно делать что-то в этом окружении, а можно совсем в другом. Вопросы поведенческого уровня: «Что?

Что Вы делаете?»

Уровень способностей и возможностей является определяющим для поведения. Ведь чтобы осуществить то или иное поведение, нужны способности и возможности, которые позволяют сделать нечто в данном окружении. Способности - более сложная система, чем поведение. Имея способность писать, это можно делать многими способами, т.е. некая способность определяет достаточно широкий спектр поведения и, соответственно, расширяет окружение. Вопрос этого уровня: «Как?».

Уровень убеждений и ценностей позволяет понять, почему могут быть способности и возможности, но человек не хочет что-то делать. Вопрос этого уровня: «Почему?» Все то, чему человек осознанно и неосознанно придает значение, определяет его поведение, способности, возможность выбирать себе окружение. Если человек убежден, что он не может что-либо делать (петь, плавать, выступать перед аудиторией), то у него не будет соответствующих способностей и возможностей, поэтому он будет всячески избегать поведения, которое ему якобы недоступно. На уровне убеждений существует максимум ограничений, которые могут создавать жесткую и ригидную модель мира. Иногда уровень убеждений диссоциируется и человек перестает осознавать свои убеждения и ценности, а начинает жить исходя из требований окружения. Это создает основу для формирования невротического поведения и зависимостей. Ибо существует внутренний конфликт, а значит психический дискомфорт, который нужно снимать. Поэтому одна из задач терапии - вернуть человека к его истинным убеждениям и ценностям.

Сущностный уровень или идентичность - это базисное ощущение самого себя, связанное с основными личностными ценностями субъекта. Отвечает на вопрос: «Кто я?». Он малоосознаваем, но очень важен, поскольку определяет все остальное. Если женщина говорит «Я - мать» в том смысле, что материнство - ее предназначение, это уровень идентичности. На каждом логическом уровне есть своя симптоматика, свои проблемы и подходы к коррекции и техники работы. Разработана техника, позволяющая развести логические уровни, которые могут быть у человека перепутаны. Чем выше логический уровень проблемы, тем сложнее работать.

Больше всего техник поведенческого уровня: интеграция якорей, техника быстрого лечения фобий и т.д. Сразу на двух уровнях (поведения, способностей и возможностей) работает техника взмаха и шестишаговый рефрейминг. На уровне убеждений и ценностей работает техника изменения убеждений, а реимпринтинг затрагивает не только уровень убеждений, но и идентичность.

В заявляемом способе использованы различные техники НЛП из этого ряда.

7. Если ваши действия не находят ожидаемого результата, необходимо изменять поведение до тех пор, пока желаемое не будет достигнуто.

Эти положения используются в заявленном изобретении для замены негативных переживаний на позитивные.

Эриксоновская психотерапия - технология обеспечения доступа к внутренним ресурсам человека, необходимым для адаптивного разрешения имеющихся у него психологических и поведенческих проблем. Ее важнейшей составной частью является Эриксоновский гипноз - гибкая, недирективная, косвенная и разрешительная модель наведения и использования транса, основанная на активном межличностном взаимодействии психотерапевта и клиента.

Метод носит стратегический характер, т.е. психотерапевт определяет основные проблемы клиента, намечает цели психотерапии и предлагает определенные подходы для их достижения. Его основной целью является коррекция дисфункциональных

симптомов и/или дезадаптивного поведения обратившегося за помощью.

Психотерапевтические интервенции во многом выполняют роль «рычага», необходимого для запуска процесса системных изменений. Поэтому М. Эриксон говорил, что «психотерапия часто напоминает толчок первой костяшки домино». Научившись справляться с симптомами, пациенты часто избавляются от ригидных психических установок. Затем благотворные изменения могут затронуть и другие стороны их жизни. Но наблюдениям Эриксона, решение проблемы может быть вообще не связано с тем, что послужило ее причиной. Достижение позитивных результатов считается важнее прояснения прошлого или понимания значения и функции симптома.

Терапевтическое воздействие осуществляется как в обычном, так и в трансовом состоянии через активизацию бессознательных механизмов. Технический арсенал весьма разнообразен. Широко используются косвенные и открытые внушения, ассоциативные техники (истории, метафоры или задания, поиск приятных воспоминаний, работа с образами и символами), приемы гипноанализа, парадоксальные техники, рефрейминг и др.

Эриксоновский подход повышает восприимчивость к гипнозу и эффективность работы в трансе, позволяет избежать или обойти сопротивление, которое нередко возникает у субъекта при использовании директивных, шаблонных методов гипнотизации, а также прямых суггестий.

В основе метода лежат две предпосылки:

1. бессознательная часть психики пациента, которая в принципе готова работать в интересах пациента и искать пути к здоровью;
2. в бессознательном содержатся ресурсы, необходимые для решения практически любых человеческих проблем, и психотерапия позволяет получить к ним доступ.

Поэтому основной задачей эриксоновской психотерапии является активизация и целенаправленное использование внутренних ресурсов, необходимых для позитивных изменений в жизни человека и обретении им психологического комфорта.

Одной из особенностей эриксоновского подхода является стремление избегать сложных теоретических построений при рассмотрении конкретных проблем конкретного субъекта. Сам М. Эриксон высказался по этому поводу вполне определенно: «Каждый человек уникален. Поэтому психотерапия должна осуществляться так, чтобы соответствовать потребностям именно этого человека, а не пытаться приспособить индивида к прокрустову ложу той или иной гипотетической теории человеческого существования».

Тем не менее, с известными оговорками, к теоретическим основам эриксоновской психотерапии могут быть отнесены:

- общие теории психологии и патопсихологии;
- теория интерактивно-системного подхода в психологии и психиатрии исследовательской группы Г. Бейтсона;
- непротиворечивые базовые теоретические положения ряда психотерапевтических подходов (стратегического, системного семейного, когнитивно-бихевиорального, мультимодального - концепция технического эклектизма А. Лазаруса).

Эриксоновскую терапию используют при клинических проблемах: невротических, связанных со стрессом и соматоформными расстройствами, психогенных и смешанных сексуальных дисфункций, зависимости от психоактивных веществ, расстройствах личности (тревожное, ананкастное), психосоматических заболеваниях.

В консультативной психологии: при проблемах межличностных отношений, включая

созависимости; переживании вины, утраты; низкой самооценки, мотивации к деятельности, для повышения креативности, стресс-менеджмента и др.

Отличительная особенность эриксоновской психотерапии в том, что она носит краткосрочный стратегический характер с акцентом на скрытом, косвенном суггестивном воздействии, как в гипнотическом трансе, так и в бодрствующем состоянии.

Главным отличительным признаком эриксоновского подхода и важнейшим источником успешной терапии является утилизация - готовность психотерапевта использовать абсолютно все, что происходит с пациентом и вокруг него во время терапии.

Эриксоновская модель психотерапии предполагает использование многоуровневой коммуникации. Если словесная формулировка содержит в себе множество смыслов, то на сознательном уровне обрабатывается лишь одно из возможных значений слова, а на бессознательном - все значения слова.

В эриксоновской психотерапии для передачи нескольких смыслов одновременно используют метафоры, юмор и контекстуальные внушения. В последнем случае речь идет об интонационном выделении некоторых слов в предложении, которые бессознательно улавливаются пациентом и воспринимаются как вставленные команды.

Сам М. Эриксон рассматривал многоуровневую речь как способ активизации бессознательных процессов. Она позволяет предложить пациенту новое решение либо иной взгляд на проблему, которая не распознается сознательно, как внушенное другим лицом.

Предложенные таким образом идеи могут быть приняты или отвергнуты, но в случае принятия они осознаются как свои собственные, а не навязанные извне.

Эриксоновская модель гипнотизации отличается от классической, которая использует технику программирования пассивного пациента. В Эриксоновском гипнозе между пациентом и психотерапевтом устанавливаются отношения, основанные на взаимодействии и сотрудничестве. При этом психотерапевт постоянно отслеживает сигналы, исходящие от пациента, и дает ему понять, что воспринимает их, чем побуждает к сотрудничеству и углублению гипнотического функционирования. В трансе происходит взаимодействие двух бессознательных, их диалог и обмен информацией. По словам Жака Паласи, «пациент использует психику терапевта, чтобы совершить работу, которую он не смог бы проделать в одиночестве».

Применяются гибкие, адаптивные стратегии достижения состояния измененного сознания: психотерапевт вначале следует за текущим поведением пациента (присоединяется к его позе, дыханию, особенностям речи), а затем незаметно все больше начинает им руководить, постепенно вводя в гипнотический транс.

Такой гипноз позволяет психике пациента выйти за рамки привычных ограничений, обусловленных прошлым опытом, преодолеть их и получить доступ к новым ресурсам, а, в конечном итоге, к новым адаптивным моделям личностного функционирования.

В настоящее время применяют две методики гипноанализа (Доморацкий В.А., 2016). Одна из них использует классическую технику свободных ассоциаций, а гипноз является способом преодоления сопротивления.

Другая методика, разработанная М. Эриксоном и его последователями, очень гибкая. Для получения вытесненного материала и выяснения причин имеющихся у клиента проблем используется целый ряд технических приемов. В рамках эриксоновского подхода можно успешно работать с проблемой, не зная ее причины. Но в ряде случаев бывает полезно выяснить истоки проблемного поведения или болезненных симптомов.

Гипноанализ позволяет в трансе выйти на причины проблем и симптомов. Причем

выявленный травматический материал может быть сразу подвергнут переработке, поэтому ряд техник гипноанализа носит диагностико-терапевтический характер.

«Психосоматический мост» известен в 2-х вариантах - один в качестве диагностической техники, и 2-й - в качестве диагностико-терапевтической.

5 1-ая техника используется, если проблема - телесный дискомфорт. Его вызывают в трансе с помощью «сопровождения в последнее неприятное воспоминание», затем предлагают пациенту усиливать эти дискомфортные ощущения. При этом внушают, что должно прийти воспоминание о ситуации, когда они возникли в первый раз. Иногда требуется последовательно вызвать несколько все более ранних ситуаций, связанных с телесным дискомфортом, пока не всплывет самая первая. В последующем она должна
10 быть подвергнута переработке с использованием гипнотических техник либо десенсибилизации и переработке с помощью движений глаз.

2-й вариант «психосоматического моста». Структурированный метафорический транс, в котором пациент по мосту, созданному его воображением, совершает
15 путешествие в прошлое (к истокам проблемы). Затем он представляет свою проблему в виде некоего образа (одушевленного или неодушевленного предмета), находит способ оставить ее там, где она еще только-только начиналась, а затем возвращается обратно, представляя по дороге назад, как изменится его жизнь, когда проблемы уже нет, она осталась в прошлом.

20 В заявляемом способе возможно использование любого из вариантов «психосоматического моста».

Задачей изобретения является разработка комбинированного психотерапевтического воздействия, которое было бы наиболее эффективным в устранении пограничных
25 нервно-психических расстройств с длительным сохранением полученного лечебного эффекта.

Техническим результатом изобретения является ускорение получения положительного эффекта по купированию психических, психологических, эмоциональных, поведенческих
нарушений, с достижением облегчения уже после 1-го сеанса, а стойких результатов - до года и более (даже в условиях повторения психотравмирующих, стрессовых ситуаций)
30 можно добиться в том числе за 2-3 сеанса, без использования в дальнейшем поддерживающих сеансов, в отличие от ранее известных комплексных, комбинированных методов.

Способ лечения пациентов с пограничной нервно-психической патологией осуществляют следующим образом.

35 На фоне психофармакологического лечения, воздействующего на нейромедиаторном клеточном уровне ЦНС и назначаемого в соответствии с имеющейся у пациента симптоматикой (например, антидепрессанты, нейролептики, ноотропные средства), проводят сеансы психотерапевтического воздействия, оптимальным является длительность 2-3 сеанса.

40 При этом каждый сеанс психотерапевтического воздействия включает:

- психотерапию, выполняемую путем нейролингвистического программирования, направленного на замену негативных переживаний на «позитивные», и/или Эриксоновского гипноза, выполняемого путем использования техники «психосоматический мост»;

45 - затем или параллельно БОС-терапию психоэмоционального состояния, включающую биоуправление (biofeedback) и нейробиоуправление (neurofeedback).

Дополнительно возможен прием витаминов группы В, А, Е, Д, ряд из которых участвуют в биосинтезе соответствующих нейромедиаторов, а, значит, будут улучшать

эффективность принимаемых лекарственных средств, направленных на нормализацию деятельности этих нейромедиаторов.

Способ был апробирован при лечении пограничных нервно-психических расстройств у пациентов сотрудниками коммерческих Центров ментального здоровья и психосоматической медицины, приоритетами которых являются получение позитивных результатов от своей работы, а не коммерческая выгода.

Для отбора пациентов для исследования проводилась диагностика пограничного расстройства личности с помощью стандартизированных шкал.

В частности, в качестве шкалы использовали (согласно RU 2564752 C1, опубликовано 10.10.2015, Романов Д.В.) таблицу "Шкала клинической рейтинговой оценки пограничного расстройства личности", включающую в себя 15 клинически идентифицируемых признаков: женский пол, наличие ситуации насилия в детско-подростковом возрасте, конфликтная среда в родительской семье, враждебность пациента к одному из родителей, ранняя сепарация, наличие в анамнезе самоповреждений, эпизода агрессивного поведения, эпизодов алкоголизации или наркотизации с социально-значимыми последствиями, раннее начало половой жизни, более чем один брак, намерение сменить партнера, наличие депрессивного эпизода, наличие азартного вожделения или кутежа, жалобы на перепады настроения, манипулирование врачом во время интервью, а также оценку его поведения во время проведения теста врачом.

Суммарный балльный показатель определяют суммированием баллов по каждому признаку, когда наличие признака - 1 балл.

При достижении суммы 12 баллов и выше для пациентов моложе 40 лет и 10 баллов и выше для пациентов старше 40 лет диагностируют пограничное расстройство личности.

Психиатрическое исследование было анонимным: каждому участнику присваивался номер, который в дальнейшем был известен лишь самому участнику и исследователю.

В последующем при проверке эффективности различных режимов терапии для идентификации участников исследования фигурировал лишь этот номер.

Пациенты с выявленными пограничными нервно-психическими расстройствами были разделены на группы 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, в которых было, соответственно, 8, 10, 9, 7, 9, 8, 10, 7, 8 человек.

Группы статистически значимо не различались по полу, возрасту (средний возраст 35 лет - от 28 до 42 лет), пограничным нервно-психическим расстройствам, которые были представлены широким рядом периодически проявляющихся симптомов в виде тревожности, страхов, депрессивных мыслей, беспокойства, раздражительности, напряженности, навязчивостей, склонности к употреблению алкоголя, курения, а также соматических симптомов в виде кардиалгий, болей в животе, головных болей, тахикардии. Длительность таких симптомов, выявленная при диагностическом наблюдении, составляла в среднем более года.

Было получено письменное согласие всех участников на эксперимент, с соблюдением этических требований. В исследование не включались пациенты, имеющие по данным медицинской карты объективные данные о наличии у них органической соматической и нервной патологии (в частности, болезней сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, органического поражения ЦНС и органов чувств и т.д.).

Все пациенты всех групп в течение 2 месяцев до исследования и на протяжении 2 недель самого исследования получали средние терапевтические дозы лекарственных препаратов из группы нейролептиков, антидепрессантов, ноотропных средств,

анксиолитиков и т.п., воздействующих на нейромедиаторном уровне ЦНС в соответствии с преобладающим симптомом пограничного нервно-психического расстройства (антидепрессанты - при преобладании депрессивных расстройств, тревожности, нейролептики - при страхах, повышенной возбудимости, нарушениях сна, ноотропы - при когнитивных нарушениях: замедленности реакций, снижении памяти внимания и т.п.).

В 1-й группе не проводили никаких иных воздействий, кроме приема фармацевтических средств.

Во 2-й группе дополнительно к психофармакотерапии проводили НЛП, направленное на замену негативных переживаний на позитивные.

В 3-ей группе дополнительно к психофармакотерапии проводили Эриксоновский гипноз путем использования техники «психосоматический мост».

В 4-ой - дополнительно к психофармакотерапии проводили оба эти воздействия, причем у 3-х пациентов их проводили параллельно, а у 4-х -последовательно (НЛП, затем гипноз).

В 5-й группе - дополнительно к психофармакотерапии проводили НЛП с последующей БОС-терапией и нейро-БОС-терапией.

БОС-терапии (биоуправление) осуществляли, в частности, по кожно-гальванической реакции (КГР), параметрам вариабельности сердечного ритма (ВСР) и электромиографии (ЭМГ).

В 6-й группе - дополнительно к психофармакотерапии проводили Эриксоновский гипноз с последующей БОС-терапией и нейро БОС-терапией (по регуляции ритма ЭЭГ).

В 7 и 8 группах последовательность воздействий меняли - вначале проводили БОС-терапию и нейро-БОС-терапию (у 4-х и у 5-ти человек в соответствующей группе), и лишь затем - соответственно, сеансы НЛП и Эриксоновского гипноза.

В 9-й группе на фоне фармакотерапии проводили сеансы НЛП, Эриксоновского гипноза и параллельно БОС-терапии и нейро-БОС-терапии в структуре одного сеанса.

Все сеансы длились по 1-1,5 ч, проводились дважды в неделю с перерывом в 2-3 дня до получения устойчивого улучшения состояния (когда пациент субъективно отмечал, что психологическая помощь ему больше не нужна, проводилось повторное тестирование на предмет наличия пограничного психического расстройства, по результатам которого принималось решение об окончании психотерапии).

Следует отметить, что наибольшую эффективность показало лечение, проводимое в группах 5, 6 и 9, где дополнительно к фармакотерапии проводили сеансы НЛП и/или Эриксоновского гипноза вместе с сеансами БОС-терапии и нейро-БОС-терапии. Значимое улучшение наблюдалось уже с первого сеанса.

После 2-3 таких комплексных сеансов пациенты отмечали устойчивое купирование острых переживаний.

Контроль сохранности психотерапевтического эффекта проводили через 6 мес, 9 мес и через год после исследования.

В группе 1 с изолированной фармакотерапией стойкая эффективность достигалась лишь к концу курса фармакотерапии и сохранялась не более 6 мес.

В группах 2 и 3, где НЛП и гипноз добавляли к фармакотерапии, эффект достигался не менее чем через 7 сеансов, причем сохранялся не более, чем полгода.

В 4-й группе, в которой комбинировали и исследовали разную последовательность применения НЛП и гипноза, стойкий эффект достигался через 5 сеансов, сохраняясь до 9 мес.

Аналогичная эффективность продемонстрирована в группах 7 и 8, в которых вначале

проводили БОС-терапию и нейро-БОС-терапию и лишь затем НЛП или Эриксоновский гипноз - эффект проявлялся к 5-му сеансу и держался до 9 мес, постепенно сходя на «нет» к году после исследования. Это проявлялось срывами адаптации у пациентов: в ответ на психотравмирующую ситуацию (семейные ссоры, жесткость начальства, непоступление ребенка-выпускника школы в вуз, тяжелая болезнь близкого родственника и др.) симптомы пограничного нервно-психического состояния возвращались, что требовало психотерапевтического вмешательства (работал психотерапевт Центра). Сам пациент справиться психологически с такой ситуацией не мог.

10 В то же время, группы 5, 6 и 9, в которых использовали заявляемую последовательность воздействий показали стойкое улучшение психического состояния уже со 2-го сеанса - при последующих сеансах заметного увеличения эффективности уже не происходило, в связи с чем после 4-го сеанса они были прекращены (вместе с фармакотерапией).

15 Этот положительный эффект наблюдался и через 6 мес, и через 9, и через год после исследования. Причем пациенты отмечали, что психологическая помощь им не требовалась даже в случае психотравмирующих ситуаций (болезнь, угроза увольнения, угон личного автотранспорта, кража из дома ценных вещей, развод с разделом имущества, ссора со взрослым ребенком и др.).

20 Через 1,5 года после проведенного эксперимента 5 пациентов из групп 5, 6 и 9, случайно опрошенные психотерапевтом, отметили, что по-прежнему не испытывают трудностей при психотравмирующих ситуациях, т.е. эффект проведенного лечения сохранился до этого времени.

25 Механизмы повышенного эффекта именно такой, предложенной последовательности лечебных воздействий трудно объяснимы. Однако, исходя из изложенных выше теоретических предпосылок, можно предположить, что использование БОС-терапии, нейро-БОС-терапии непосредственно в одном сеансе параллельно или сразу вслед за НЛП и/или Эриксоновским гипнозом на фоне соответствующей психофармакотерапии закрепляет положительный эффект этих конкретных психотерапевтических методик, облегчает пациенту управление своей нервной системой на основе только что

30 полученных адекватных установок, тренирует деятельность используемых при лекарственной терапии нейромедиаторов.

35 Такое закрепление представляется невозможным, когда техники БОС-терапии проводятся до методик психотерапии или вообще не проводятся, что и демонстрируют другие группы пациентов. По сути, в ситуации других групп пациентов (до проведения НЛП, Эриксоновского гипноза) они (пациенты) как бы еще не обучены регулировать свою деятельность с помощью БОС-терапии «правильно».

Между тем, эта проблема оказалась решена при лечении пациентов из групп 5, 6 и 9.

40 Таким образом, в качестве наиболее эффективной последовательности, позволяющей быстро получить положительный результат при пограничных нервно-психических патологиях и сохранить его не менее года, предлагается одновременное проведение на фоне психофармакологического лечения, воздействующего на нейромедиаторном клеточном уровне ЦНС и назначаемого в соответствии с имеющейся у пациента

45 симптоматикой, сеансов психотерапевтического воздействия, где каждый сеанс включает:

- психотерапию, выполняемую путем НЛП, направленного на замену негативных переживаний на позитивные, и/или Эриксоновского гипноза, выполняемого путем

использования техники «психосоматический мост»;

затем или параллельно проводят БОС-терапию психоэмоционального состояния, включающую биоуправление и нейробиоуправление (нейро-БОС-терапию).

Клинический пример, демонстрирующий эффективность изобретения.

5 Пациент Л., женщина, 31 г., образование высшее, 5 лет успешно работает в крупной коммерческой фирме, проживает в собственной квартире с мужем и сыном-школьником. На протяжении 3-х лет часто отмечает у себя унылое настроение, низкую самооценку, трудности сосредоточения, нарушения сна, плаксивость, раздражительность по незначительным поводам. Объективных данных об органической соматической и
10 нервной патологии нет.

По данным проведенного тестирования установлено пограничное нервно-психическое расстройство с преобладанием депрессивных расстройств. Пациентке был назначен антидепрессант флуоксетин (блокатор обратного захвата серотонина) в средней дозировке 20 мг 1 раз/сут. в первой половине дня с постепенным наращиванием дозы
15 от 1/4 т. утром 3 дня, затем 1/2 т. 3 дня и с 7 дня 1 т. утром. Постепенное увеличение дозы было необходимо для адаптации организма к новому психофармакологическому препарату. Дополнительно сама пациентка принимала комплексные витамины, содержащие в своем составе витамины В, А, Е, Д.

Через 2 мес. психофармакотерапии, продолжая прием флуоксетина, пациентка вошла
20 в состав группы б, на фоне фармакотерапии ей было проведено, в соответствии с заявляемым способом, 2 сеанса Эриксоновского гипноза по технике «психосоматический мост», 2 сеанса нейро-БОС-терапии, в связи с тем, что наблюдалось выраженное улучшение и, основываясь на результатах повторного тестирования, терапия была прекращена.

25 При этом через год, несмотря на имевшие место в ее жизни в этот период психотравмирующие ситуации (ссоры с супругом, угон новой машины, смерть близкого родственника), состояние пациентки оставалось стабильным, рецидивов расстройств не было, к приему медикаментов и помощи психотерапевта она не прибегала, пользуясь полученными навыками психосоматического самоуправления.

30

(57) Формула изобретения

1. Способ лечения пациентов с пограничной нервно-психической патологией, включающий одновременное проведение на фоне психофармакологического лечения, воздействующего на нейромедиаторном клеточном уровне на ЦНС и назначаемого в
35 соответствии с имеющейся у пациента симптоматикой, сеансов психотерапевтического воздействия, причем каждый сеанс включает:

психотерапию, выполняемую путем нейролингвистического программирования, направленного на замену негативных переживаний на позитивные, и/или Эриксоновского гипноза, выполняемого путем использования техники
40 «психосоматический мост»;

затем или параллельно БОС-терапию психоэмоционального состояния, включающую биоуправление (biofeedback) и нейробиоуправление (neurofeedback).

2. Способ по п. 1, отличающийся тем, что психофармакологическое воздействие включает прием нейролептиков, антидепрессантов, ноотропов.

45 3. Способ по п. 2, отличающийся тем, что дополнительно принимают витамины группы В, А, Е, Д.

4. Способ по п. 1, отличающийся тем, что оптимальная длительность психотерапевтического воздействия составляет 2-3 сеанса.