**Принципы функционирования моделей состояний, формируемых в гипнозе**

Результаты многочисленных экспериментов по формированию ранее описанных «психических моделей состояний» позволяют более подробно рассмотреть центральные психофизиологические механизмы, лежащие в основе функционирования такого рода моделей.

Как в кратковременных экспериментах, так и в экспериментах с непрерывной постгипнотической реализацией внушений в течение трех, пяти, десяти и, наконец, тридцати суток получены убедительные данные, свидетельствующие о том, что во всех этих случаях мы имеем дело с психическими явлениями, которые поддерживаются адекватными физиологическими и биохимическими процессами. Всесторонний анализ этих экспериментальных материалов подтверждает, что психофизиологические изменения, вызываемые «психическими моделями», близки к тем, которые свойственны «физиологическим состояниям», т. е. к изменениям, наблюдаемым у человека при переживании реальных состояний, хотя и имеют некоторые отличия.

Закономерно поставить вопрос о том, каким образом, в результате каких перестроек центральной нервной регуляции внушаемые в гипнозе мотивация, установки, субъективные ощущения нередко оказываются значительно более действенными, чем реальные. И если в отношении мотивации и установок, являющихся результатом интеграции психических процессов, этот вопрос кажется более понятным и ставится реже, то, например, «психические модели гиповесомости», функционирующие в условиях постоянного действия сил гравитации, вызывают необходимость более детального объяснения механизмов их действия. Другими словами, требуется объяснить, почему в «пламени гравитации» не происходит естественного «обугливания живого тела». Поскольку этот вопрос является довольно сложным, рассмотрение принципов функционирования «психических моделей» мы и начнем с анализа механизмов действия моделей гиповесомости и невесомости.

Как уже указывалось ранее, наиболее четкое представление о характере функциональных сдвигов в организме при формировании психической модели гиповесомости дает созданная П. К. Анохиным теория «концептуального моста» между уровнями системных и аналитических процессов. Согласно данной теории, акцептор результатов действия и эфферентная программа центральной нервной системы рассматриваются как важнейшие звенья висцеро-моторного реагирования. При этом необходимо учитывать особенности реагирования в гипнозе на функционирование акцептора результатов действия и эффекторную программу.

Исходным положением в теоретическом истолковании психофизиологических принципов функционирования психической модели гиповесомости является понятие функциональной системы. «Системой,— писал П. К. Анохин,— можно назвать только такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, у которых взаимодействие и взаимоотношение приобретают характер взаимосодействия компонентов на получение фокусированного полезного результата. Все функциональные системы, независимо от уровня своей организации и от количества составляющих их компонентов, имеют принципиально одну и ту же архитектуру, в которой результат является доминирующим фактором, стабилизующим организацию систем». Психическая модель гиповесомости — одна из функциональных систем, но формируется эта система своеобразным способом: в условиях преобладающей действенности второсигнальных раздражителей.

С данных теоретических позиций внушение в гипнозе представляет собой не что иное, как целенаправленное вмешательство в процессы афферентного синтеза. Использование известных закономерностей воздействия на центральную нервную систему первоначально создает в коре головного мозга состояние разлитого торможения со строго ограниченным очагом концентрированного возбуждения, что позволяет осуществлять специфическую коммуникативную функцию субъекта с внешней средой. Специфика этой коммуникации состоит в том, что для субъекта, находящегося в глубоких стадиях гипноза, «внешней средой» в основном являются словесные воздействия лица, осуществляющего гипнотизирование.

Такое утверждение может показаться парадоксальным лишь на первый взгляд. Его обоснованность становится очевидной, если вспомнить хорошо известные закономерности функционирования центральной нервной системы во взаимодействии с окружающей действительностью: «...единственная возможность поддерживать контакт с внешней средой состоит в превращении физических и химических явлений окружающего мира в химические и электрические процессы на уровне наших органов чувств. Мозг вступает в контакт не непосредственно с окружающей действительностью, а только с ее символическим кодом, который передается по нервным путям». В гипнозе же, как было показано в предыдущем разделе, появляется возможность целенаправленно изменять течение сенсорных процессов в очень широком диапазоне.

Еще К. И. Платонов отмечал, что путем словесного воздействия оказывается возможным вносить изменения во все проявления деятельности различных анализаторов и в анализаторную функцию коры головного мозга в целом, усиливая или, наоборот, ослабляя ее и даже полностью прекращая деятельность отдельных анализаторов. Обе главнейшие функции коры мозга — замыкательная и анализаторная, обеспечивающие уравновешивание человеческого организма со средой, подвержены существенному влиянию слова. Для человека, находящегося в глубоких стадиях гипноза, свойственно частичное или даже полное функциональное отключение деятельности сенсорных систем. В этих условиях психофизиологическое реагирование человека детерминируется содержанием словесного внушения.

Описывая физиологические механизмы, лежащие в основе реализации словесного внушения, производимого во внушенном сне, а также в основе явлений раппорта, И. П. Павлов отмечал, что у загипнотизированного большие полушария захвачены торможением не на всем протяжении, что в них могут возникать и очаги возбуждения. Из такого возбужденного пункта «вы действуете на него и внушаете. И загипнотизированный потом роковым образом исполняет ваше приказание...». При этом «влияние остальных частей полушарий на то, что вы даете в ваших словах, в ваших раздражениях, совершенно отрывается от всех остальных», поэтому, «когда человек приходит в бодрое состояние после этого внушения, он ничего не может сделать с этим изолированным раздражением, потому что оно разъединено со всеми остальными».

В этих условиях все четыре основных компонента, принимающие участие в афферентном синтезе, могут быть изменены в требуемом направлении посредством словесного внушения. В частности, целенаправленное вмешательство в афферентный синтез при формировании психической модели гиповесомости состоит в следующем.

Во-первых, путем специального внушения производится затормаживание афферентной импульсации, продуцируемой физическим воздействием гравитационных сил на организм. Оказалось, как об этом свидетельствуют эксперименты, что такое специфическое избирательное внушение достаточно легко реализуется и прочно сохраняется в постгипнотическом периоде. При этом словесная инструкция: «Вы не ощущаете веса собственного тела» — не только адекватно воздействует на сферу гравитационных рецепторов, но и соответствующим образом захватывает функцию тактильной и иропршщептивной чувствительности, причем избирательное снижение этих видов чувствительности носит ситуативный характер. Испытуемый, например, перестает ощущать вес одежды, давление кресла при работе за пультом управления, давление на подошвы ног при стоянии и ходьбе, вследствие чего при закрытых глазах у него возникает иллюзия «всплывания». В то же время пробы, характеризующие нормальный уровень этих видов чувствительности, оказываются положительными. Вместе с тем, как это показано на рис. 66, словесное внушение активирует энграммы с кратковременным реальным опытом пребывания в пониженной весомости, который практически имеется у каждого взрослого человека.

Динамическое участие памяти в афферентном синтезе строится таким образом, что извлечение прошлого опыта из памяти происходит по той же нейрохимической трассе, по которой этот опыт был зафиксирован в момент его приобретения. На фоне заторможенной реальной импульсации активированные энграммы приобретают доминирующую роль в процессе формирования акцептора результатов действия и эфферентной программы самого действия в изменившихся условиях «внешней среды». Таким образом, при формировании психических моделей гиповесомости и невесомости происходит целенаправленное изменение обстановочной и пусковой афферентации с участием избирательных энграмм долговременной памяти.

Во-вторых, в зависимости от целей и характера эксперимента вносится соответствующая коррекция в сферу мотивации и психических установок испытуемого, что очень важно для формирования стадии реализации новой эфферентной программы, когда происходит соответствующая подготовка висцеральных систем и двигательного анализатора. Разумеется, и сама программа действия ориентирована в большей степени на внушенную мотивацию деятельности.

Как показали результаты специальных экспериментов, подготовка внутренней среды организма начинается со снижения тонуса антигравитационных и локомоторных мышц. Изучение орто-статических реакций при внушении ряда различных психических состояний говорит о том, что наиболее выраженные функциональные изменения гемодинамики наступают при формировании психической модели гиповесомости. Внушение же только общей мышечной релаксации без «уменьшения» веса тела не дает того же гемодинамического эффекта при ортостатических нагрузках. Следовательно, есть основания полагать, что в тех функциональных перестройках, которые имеют место в организме при репродуктивных внушениях гиповесомости, ведущая роль принадлежит снижению тонуса системы антигравитационных мышц. Отмеченные в этих экспериментах своеообразное перераспределение тонуса локомоторных мышц при движениях и его резкое снижение в покое, по-видимому, имеют уже вторичный характер. Это допущение обосновывается чрезвычайно важной ролью проприоцептивной импульсации, поступающей от системы антигравитационных мышц и сигнализирующей о положении тела во внешнем силовом поле.

Филогенетически закреплено, что любое изменение в системе антигравитационных мышц мгновенно сказывается на состоянии локомоторных мышц, так как без учета положения тела во внешнем силовом поле эффективность целенаправленных движений может быть сведена к нулю, «Очевидно,— писал Н. А. Бернштейн,— если по каким-либо причинам проприоцептивная афферентация выключена, то центральная нервная система не будет располагать ни указанными, ни другими эквивалентными им данными для выбора того или другого из возможных решений дифференциального уравнения. Отсюда вместо приспособительно видоизменяемых последований импульсов, которые посылаются ею в норме и дают при циклических движениях чеканно одинаковые циклы, центральная нервная система будет раз за разом посылать на периферию стереотипные, одинаковые цепочки импульсов, не ведая, с какими ситуациями они там столкнутся. В результате... одинаковые серии импульсов приведут к резко непохожим один на другой циклам движения».

Реализация эфферентной программы при формировании психической модели гиповесомости, как показали эксперименты, наряду с ограничением проприоцептивной импульсации затрагивает и функцию отойитового аппарата, понижая его чувствительность. Об этом свидетельствуют не только данные плантографии, биомеханического анализа тестовых движений и др., но и субъективный отчет испытуемых. Очень характерно, например, что в десятисуточном эксперименте с лостгипнотической реализацией внушенной гиповесомости испытуемые в свободное время развлекались тем, что прыгали с полки, предназкаченной для отдыха, на пол сурдокамеры. При этом большое удовольствие доставляли им необычные ощущения, которые они испытывали, не чувствуя толчка в момент соприкосновения стоп с жестким полом сурдокамеры. В трехсуточном эксперименте с аналогичной программой один из испытуемых в состоянии внушенной гиповесомости по этой же причине в течение полутора часов спал на спине с поднятыми вверх ногами и руками. После пробуждения он заявил, что ему «совершенно безразлично, в каком положении спать».

Понятно, что все описанные изменения не могут не отражаться на состоянии гемодинамики и уровне основного обмена. Выраженная лабильность сердечнососудистых реакций в период адаптации к состоянию «гиповесомости» и резкое снижение частоты пульса в покое в последующие дни, как правило, сопровождаются соответствующими колебаниями основного обмена. Специфические изменения формулы крови, изменения водно-солевого и азотистого обмена при длительном пребывании в состоянии внушенной гиповесомости свидетельствуют о том, что в данном случае мы имеем дело с системным реагированием организма, а не с одним лишь психическим феноменом, не с -игрой воображения испытуемого.

Вместе с тем, говоря о функциональной перестройке систем организма в состоянии внушенной гиповесомости, мы не имеем права утверждать, что реально воспринимаемые физические воздействия гравитации полностью игнорируются организмом. На приведенной нами схеме показано, что эфферентная программа действия предусматривает некоторые компенсаторные механизмы, которые вносят определенные поправки в подготовку внутренней среды, учитывая реальную проприоцептивную импульсацию. Следовательно, те функциональные сдвиги, которые наблюдаются в состоянии внушенной гиповесомости, являются некоторым суммарным эффектом внушенных и реальных воздействий, причем реальные воздействия являются подпороговыми по отношению к сознанию. При определенных же условиях, о которых будет сказано далее, действенность активируемых энграмм и внушенной афферентации, как показывают экспериментальные данные, оказывается преобладающей.

Эфферентная программа действия наряду с блоком подготовки внутренней среды, как показано на схеме, предусматривает и блок подготовки параметров функционирования двигательного анализатора. Этот блок учитывает как внушенную, так и реальную проприоцептивную импульсацию. Именно здесь формируются те окончательные биомеханические условия, которые компенсируют при двигательной активности «субъективно вычитаемый вес тела», что проявляется на миограмме как усиление электрофизиологической импульсации сгибателей при осуществлении движений, В данном случае речь идет о «вспомогательной системе», обеспечивающей постоянную и полную управляемость периферией со стороны центра.

Выполнение даже привычной целенаправленной деятельности в этих условиях, безусловно, будет протекать на фоне нового, необычного состояния двигательного анализатора. Экспериментально установлено, что многие выработанные до этого двигательные навыки претерпевают обратное развитие, столкнувшись с новыми параметрами биомеханических условий, которые «запрограммированы» через вторую сигнальную систему и заложены в акцепторе результатов действия. При этом, чем сложнее сенсомоторный навык, тем труднее он реализуется в новых условиях, тем больше времени требуется длz его полного восстановления в «гиповесомости». В то же время простые двигательные реакции, даже если они включены в систему интеллектуализированной деятельности, в состоянии «гиповесомости» могут сразу же облегчаться. Испытуемые часто отмечают, что «рука стала легче и послушнее».

Адаптационный период для сложнокоординированной деятельности оператора, а также для его вегетативных функций может быть различным. Следует отметать, что его длительность определяется психологической установкой испытуемого на весь период эксперимента, а по отношению к двигательной деятельности — сложностью тех сенсомоторных навыков, которые необходимо реализовать в новых условиях, и степенью их первоначальной деструкции под влиянием «гиповесомости».

Именно в этот период хорошо заметна важная особенность функционирования аппарата управления движениями, который, как писал Н. А. Бернштейн, «проявляет две различные координационные тактики: по отношению к второстепенным я техническим рассогласованиям и помехам он действуем реактивно-приспособительно, не боясь вариативности, по отношению же к программно существенным сторонам управления бьется за требуемый результат во что бы то ни стало, активно преодолевая препятствия и, если нужно, перепрограммируясь на ходу». В этих условиях появляется избыточная афферентная импульсация, поступающая от двигательного анализатора в периоды его активности к акцептору результатов действия, где происходит согласование программируемых действий с наличными. И только в том случае, если это согласование имеет место, можно утверждать, что двигательный анализатор полностью адаптирован к новым условиям «внешней среды». Реальная афферентная импульсация на данном этапе не включается в афферентный синтез, так как она полностью и систематически затормаживается комплексом внушенных воздействий где-то на уровне акцептора результатов действия и не отражается в сознании испытуемого. Это убедительно подтверждается данными, полученными во многих длительных экспериментах с внушением непрерывной гиповесомости.

Как видно на схеме, психическая модель гиповесомости предусматривает, кроме внушенных воздействий, и проявления остаточной реальной импульсации и мотивации. Безусловно, реальная импульсация в этом случае затормаживается, и на сознательном уровне она не включается в процесс афферентного синтеза. Эффективность модели определяется некоторым средним значением внушенных и действующих реально раздражителей. Схема отражает и еще одну существенную особенность модели, которая состоит в том, что реальная импульсация подвергается систематическому затормаживанию, тогда как импульсация, сигнализирующая о внушенных воздействиях, постояйно находится под стимулирующим влиянием активированных энграмм «гиповесомости» и соответствующей мотивации. В результате происходит соответствующая автостабилизация системы, которая с течением времени приводит к постепенному «дооформлению» модели. И действительно, в длительных экспериментах испытуемые отмечали, что состояние «гиповесомости» с каждым днем становилось все более выраженным, «законченным», органичным и стабилизировалось примерно к третьим — пятым суткам. К этому времени происходила и стабилизация вегетативных показателей, что свидетельствовало о развитии адаптационных процессов.

В период установившейся адаптации к ощущениям пониженной весомости тела простые двигательные навыки могут восстановиться полностью, а навыки, включающие элементарные двигательные реакции, как правило, осуществляются даже в более высоком темпе, чем в фоновых исследованиях. Сложные же виды сенсомоторных движений, включающие элементы экстраполяции, восстанавливаются только к десятым суткам.

Адаптация к внушенной гиповесомости тела затрагивает не только функции двигательного анализатора, но и все висцеро-вегетативные системы организма, которые, как показали результаты опытов, также претерпевают глубокие функциональные перестройки, вызванные в основном целенаправленно «программируемыми», а не реальными физическими условиями.

Следует сказать, что в данном случае процесс адаптации протекает по естественным закономерностям, проявляющимся и в реальных условиях, а именно на основе «управляющей функции» долговременной памяти. Несомненно, что процесс адаптации к реальной невесомости в длительных космических полетах основан на временно продолжающейся активизации энграмм долговременной памяти с запечатленным опытом функционирования организма в условиях нормальной весомости.

В этом случае двигательные и висцеро-вегетативные функции организма формируются как под влиянием новых условий существования, так и под влиянием еще активных энграмм с опытом функционирования в условиях земного тяготения. Результат взаимодействия этих функций представляет собой нечто среднее из двух составляющих. И лишь по мере того, как активность указанных энграмм падает, наступает адаптация к условиям невесомости. С данной точки зрения управление процессами адаптации в широком понимании этого слова должно быть связано с управлением активностью «соответствующих энграмм долговременной памяти. Возможность реальной постановки вопроса в таком плане допускается экспериментальными достижениями современной нейрофизиологии. «В ассоциативных ядрах зрительного бугра, — пишет Н. П. Бехтерева, — выделен биоэлектрический феномен, который по условиям возникновения может рассматриваться как биоэлектрическое выражение активации энграммы долгосрочной памяти. В исследованиях человека обнаружен структурно-функциональный аппарат модуляции и оптимизации краткосрочной памяти и показана возможность срочного формирования матриц долгосрочной памяти».

Таким образом, процессы оперативной адаптации к условиям невесомости должны основываться на устранении рассогласования между степенью активности энграмм привычных состояний и интенсивностью афферентации, продуцируемой новыми условиями среды. В этом случае можно предусматривать торможение наличной афферентации и стабильное активирование «энграмм весомости» на заданный период времени шеи же, наоборот, срочную деактивацию энграмм, так как их активность препятствует быстрому развитию состояния адаптированности. Надо полагать, что метод вмешательства в адаптационный процесс будет определяться конкретными задачами и сроками пребывания в условиях невесомости.

Как уже отмечалось, после «снятия» гиповесомости, т. е. после повторного погружения испытуемого в гипноз и «возвращения» ему собственного веса тела, развивается ярко выраженное состояние реадаптации. Механизм его состоит в том, что не воспринимавшаяся ранее заторможенная часть афферентной импульсация, вновь резко включившись в систему афферентного синтеза, оказывается для организма избыточной во всех отношениях. Другими словами, организм в это время испытывает нечто вроде «гравитационного удара», отражающегося на всех его функциях. Как следует из данных, полученных в космических полетах, реадаптационные дисфункции организма оказывались выражены тем больше, чем длительнее было пребывание в условиях невесомости. В наших экспериментах отношение длительности периодов невесомости и реадаптации можно характеризовать примерно как 3:1. После трехсуточных экспериментов период реадаптации продолжался в течение суток, после пятисуточных — двое, после десятисуточных и тридцатисуточных — соответственно четыре и двенадцать суток. При этом наблюдались те же явления, которые свойственны для периода реадаптации, наступающего после пребывания в условиях реальной невесомости в космических полетах.

Материалы наших экспериментов показывают возможность регуляции также и реадаптационных процессов. Эта регуляция должна быть направлена на управление избыточным притоком афферентной импульсации после длительного действия невесомости. Идеальным способом «дозирования» афферентации, поступающей с гравитационного анализатора, мог бы быть медикаментозный, если бы удалось создать препарат со строго заданными свойствами-и направленностью действия, способный затормаживать лишь импульсацию, поступающую от гравиторецепторов. В этом случае можно было бы целенаправленно регулировать соответствующий сенсорный приток, ограничивая его в большей степени в первый период реадаптации, постепенно повышая интенсивность, а затем и восстанавливая его полностью к концу реадаптации. Пока же подобного фармакологического препарата не существует, имеется лишь одно средство, обладающее такими возможностями,— гипнорегуляция сенсорного притока, позволяющая создавать «щадящий афферентный режим» в период реадаптации. Метод квантифицированной гипнорепродукции, описанный в главе II, показывает принципиальную возможность его использования в этих целях. Необходимы, однако, предварительные исследование, прежде чем можно будет говорить о его непосредственной практической значимости.

Приведенная ранее схема формирования в гипнозе субъективной модели гиповесомости хорошо объясняет и те условия, при которых действенность модели будет неэффективной или же ее эффект окажется максимальным.

Как следует из схемы, малоэффективной эта модель будет в тех случаях, когда моделирование проводится в недостаточно глубоких стадиях гипноза. При этом постгипнотическая реализация внушения со временем ослабевает под натиском постепенно «просачивающейся» в сферу афферентного синтеза реальной импульсации, и тогда тело человека «тяжелеет», как это и наблюдалось у одного из испытуемых в пятисуточном эксперименте. Активированные в гипнозе энграммы гиповесомости снижали свою действенность, как правило, во время ночного сна, когда естественное разлитое торможение, очевидно, снижало и степень активности сформированного в гипнозе постоянного очага возбуждения, генерирующего субъективное ощущение невесомости тела и формирующего соответственный комплекс вегетосоматических проявлений. Повторными внушениями в гипнозе удавалось купировать «увеличение веса тела» и добиваться исходного состояния «гиповесомости».

В тех же случаях, когда моделирование осуществляется в глубоких стадиях гипноза, эффект постгипнотической реализации бывает очень стойким и не ослабевает со временем, а, наоборот, постепенно закрепляется. Нередко для того, чтобы его устранить, приходилось «возвращать» собственный вес повторными внушениями в гипнозе.

Физиологическая активность данной модели должна быть низкой и при интенсивной общей двигательной активности испытуемого в эксперименте. В этом случае сильно проявляется действие повышенного тонуса разгибателей, характерного для движений в состоянии внушенной гиповесомости.

Максимальной эффективности модели, согласно предлагаемой схеме, следует ожидать, во-первых, в условиях, когда реальная афферентная импульсация сводится к минимуму, т. е. при строгой гипокинезии испытуемого. Сочетание внушения и гипокинезии должно привести к максимальному проявлению вегетовисцерального и биохимического эффекта действенности модели.

Эффективность модели может значительно повышаться, во-вторых, при создании сильных и прочно запечатленных энграмм гиповесомости или невесомости. Для этого необходим реальный облет испытателей в самолете-лаборатории по параболе Кеплера. Именно такому воздействию подвергались наши испытуемые, у которых затем формировалась психическая модель невесомости на постгипнотический период, равный тридцати суткам. В этом случае посредством целенаправленного внушения активизируются уже не случайно приобретенные энграммы невесомости тела, а специально сформированные сильные следовые реакции на соответствующие условия.

Изложенные теоретические принципы формирования психической модели гиповесомости, с учетом опыта экспериментального моделирования в многосуточных экспериментах, позволяют использовать эту модель для детального исследования процессов адаптации и реадаптации организма к различным воздействием гравитации. Уже сейчас можно уверенно утверждать, что постгипнотическая реализация внушенной гиповесомости тела может сохраняться в экспериментальных условиях не только тридцать суток, но и несколько месяцев беспрерывно, не принося для здоровья испытуемых большего ущерба, чем реальное воздействие гиповесомости, и, в частности, не сказываясь отрицательно на состоянии их психической сферы.

Многое, о чем говорилось применительно к принципам формирования психических моделей гиповесомости и невесомости, относится и к особенностям моделирования с помощью гипноза других психических состояний, в том числе и эмоционального стресса, вызываемого различного рода мотивациями. Однако есть и существенное различие в особенностях функционирования этих двух групп моделей.

Психическая модель гиповесомости и невесомости постоянно испытывает воздействие реальной афферентации, вызываемой гравитационным фактором, и потому должна включать в себя механизмы систематического затормаживания этой афферентации. Физиологическая эффективность такой модели представляет собой нечто среднее между внушаемым состоянием и реальным воздействием сил гравитации на организм. Снижая уровень действия этих сил, мы тем самым повышаем действенность модели.

Модели же психических состояний лишены этой физиологической противоречивости, и, следовательно, их действие оказывается более однозначным и непосредственным. Формирование в гипнозе заданных психических состояний, обусловленных психогенными факторами, включает лишь два момента.

Первый момент — это торможение реальной афферентации, активных энграмм и деактуализация реальной мотивации, т.е. затормаживание мотивов, обусловливающих особенности поведения в данный период бодрствования.

Второй момент, определяющий своеобразие формируемого в гипнозе состояния, предусматривает прямо противоположные цели. На фоне торможения всех ранее перечисленных компонетов психики путем целенаправленного внушения формируется соответствующий комплекс афферентной импульсации, активируются энграммы соответствующих состояний и внушается заданная мотивация. Все эти компоненты составят основу афферентного синтеза и, следовательно, явятся системообразующими факторами, которые будут формировать такую целостную реакцию организма, как специфическое состояние.

Как видно, эта схема лишена третьего компонента, содержащегося в предыдущей модели,— реального физического воздействия, которое должно постоянно нейтрализоваться целенаправленным первоначальным внушением.

Как уже отмечалось, очень важно, чтобы формула внушения обеспечивала соответствующую формируемому состоянию активность двигательного анализатора. Только в этом случае может сохраняться адекватность модели. Выраженность психофизиологических реакций повышается в том случае, если пусковая или же обстановочная афферентация основывается не только на второсигнальиых воздействиях, но подкрепляется и первосигнальными раздражителями, входящими в комплекс афферентации, призванной объективировать словесное внушение или же изменить в нужном направлении мотивацию.

Мы считаем, что принципы функционирования рассмотренной схемы формирования заданных состояний являются общими для всех перечисленных ранее видов воздействий в гипнозе, начиная от гипнорепродукции реакций и состояний вплоть до активизации творческих процессов посредством внушения образа талантливой личности.