



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ Г А З Е Т А

№ 4 (21) АПРЕЛЬ—2004 • ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОРГАН ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ

Ψ

Точка зрения

ОБСУЖДЕНИЕ ПРИКАЗА МЗ РФ № 438 «О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

Приказ о запрете психотерапии

(История, мифы и реальность или кто мешает развитию психотерапии)

Проф. Б. Е. Егоров, г. Москва

Вышел новый приказ по психотерапии! Последнее достижение психиатрической мысли. Разберемся, что же нового дал нам этот приказ в рамках практического здравоохранения для психотерапии.

Первое – психотерапия по-прежнему субспециальность психиатрии.

Второе – развивать психотерапию в соматических областях по-прежнему невозможно.

Третье – остается все та же бригада во главе с психиатром – «паханом», остальные «шестерки» на побегушках.

Четвертое – психотерапевт не главный при лечении пациентов, отсутствует индивидуальный подход и ответственность за судьбу пациента.

Пятое – психотерапевт, клинический психолог и социальный работник, представлены в виде вспомогательной команды психиатра, который лечит пациентов лекарствами и дает соответствующие распоряжения «по команде».

Шестое – «термины и язык», на котором разговаривают психотерапевты и психиатры настолько разный, что они давно не понимают друг друга.

Новый приказ ничем особенным не отличается от предыдущего № 294.

Идеи вечны или, во всяком случае, они столь же старые, как сама вечность. Проходят века, приобретаются новые сведения, опыт. Происходит приспособление новых сведений к старым идеям. Меняются названия, но не идеи. Останемся на истории вопроса, который сегодня обсуждается, и отметим некоторые закономерности, которые могут показать повторяемость событий и идей (О. Б. Фельцман, 1910).

Мы лишены приятной возможности сослаться, как это принято, на Гиппократа, и у нас нет достаточных данных, чтобы судить о том, на какой ступени биологической лестницы начинается применение бюрократических запретов на психотерапию и врачевание. Однако, судя по историческим данным, власти, как правило, не препятствовали врачам в выполнении их профессионального долга – лечить пациентов. Запреты начались только с середины XIX века.

И. М. Сеченов издает свою книгу «Рефлексы головного мозга», и ее тут же запрещают к распространению. Властям она не понятна, посвящена загадочной и трудно контролируемой области знания, поэтому, видимо, ее и запретили.

Первый документально зафиксированный запрет на психотерапию случился в России 1890 году.

В 1889 году прошел 1-й Международный конгресс по терапевтическому и экспериментальному гипнозизму (8–12 августа 1889 г., г. Париж). В работе этого конгресса принимала участие и русская делегация (А. А. Токарский, 1888, 1889).

К моменту проведения 1-го международного конгресса по гипнозизму Европу захлестнула волна массовых сеансов гипнозизма и магнетизма, естественно, что врачи посвятили этому вопросу первый пункт своей работы. Обсуждались последствия проведения публичных сеансов исцеления.

Среди последствий массовых сеансов описывались эпидемии психозов и неврозов; пост-гипнотические внушения, которые могут вести к настоящим публичным скандалам; возможность для преступников изучить во время публичных сеансов употребляемые способы и употребить их в преступных целях.

Международное сообщество психотерапевтов приняло решение о запрещении публичных сеансов гипнозизма и магнетизма административной властью именем общественной гигиены и силами санитарной полиции. Пользование гипнозизмом и магнетизмом как средством лечения решено было регламентировать правилами, которыми руководствуется медицинская деятельность; преподавание гипнозизма и его медицинского применения рекомендовано ввести в программы психиатрических клиник (А. А. Токарский, 1892; Ю. В. Канных, 1929; М. С. Лебединский, 1959; Б. Е. Егоров, 1993).

Начало развития научного и лечебного гипнозизма, т. е. фактически начало научной психотерапии, в России ознаменовалось циркуляром Медицинского департамента Министерства внутренних дел за № 4682 от 9-го июля 1890 года о запрещении публичных сеансов гипнозизма и

магнетизма; «применение же гипноза с лечебной целью должно быть разрешаемо административной властью только врачам при соблюдении требования закона, т. е. не иначе, как лишь в присутствии других врачей» (А. А. Токарский, 1892).

Парадокс данного циркуляра состоит в том, что царское правительство не только запретило публичные сеансы исцеления, но и, не доверяя русским врачам, значительно ограничило его использование в лечебной практике. Общая бюрократическая установка документа такова, что запрещается проводить сеансы гипноза, если нет разрешения администрации и отсутствуют на сеансе врачи-свидетели. В 1893 году выпускается еще один циркуляр, в котором подтверждаются предыдущие запреты и вводятся новые: приравнивание сеанса гипноза к хирургической операции, необходимость о каждом случае гипнозизации сообщать администрации и спрашивать разрешение, с сообщением фамилий врачей-свидетелей, а также письменного согласия гипнотизируемого (П. Я. Розенбах, 1901; Ф. Е. Рыбаков, 1901).

Эти запреты на проведение лечебного гипноза сразу же отрицательно сказались на частнопрактикующих врачах и врачах земской практики. Гипнозизм мог развиваться только в крупных клиниках, где было несколько врачей.

Для понимания этого необходимо провести сравнительный анализ состояния и отношения к гипнозизму в России и Европе.

В Европе с середины 90-х годов XIX века начинается отказ европейских психотерапевтов от гипнозизма. Этот процесс берет свое начало с момента смерти основоположника гипнозизмической школы в Сальпетриер – Жана Мартена Шарко в 1893 году. С развитием различных психотерапевтических школ отказ европейских психотерапевтов от гипнозизма стал приобретать лавинообразный характер.

В Европе процесс отказа от гипнозизма шел естественным путем. Врачи на практике разочаровались в «сверхестественных» лечебных возможностях гипнозизма. Шел закономерный

процесс отказа от одной методики и плавный переход к другой: месмеризм – отказ от месмеризма, гипнотизм – отказ от гипнотизма – психоанализ, рациональная психотерапия и др. (Б. Е. Егоров, 1993).

В России, еще не излечившись от иллюзий в отношении лечебных возможностей гипнотизма, врачи попадают в систему административных запретов на его применение. Был нарушен закономерный процесс смены доминировавших методик, имевший место в Европе. Т. е. и в Европе, и в России характер процесса один – отказ от гипнотизма. Но в Европе это был добровольный процесс, а в России – принудительный.

С 1893 года начинается трудная борьба психиатрической общественности России за отмену запрета на широкое врачебное использование гипнотизма в лечебной практике. Эта борьба заняла 13 лет, с 1890 года по 1903 год, год официальной отмены запретительных документов (Журнал им. С. С. Корсакова, 1904, кн. 1–2).

Но прежде чем добиться отмены запретительных циркуляров, необходима была идея этой отмены и человек – лидер и носитель этой идеи, уважаемый не только самими врачами и учеными, но и имеющий вес у царской администрации. Такой человек появился и возглавил это движение – это академик Владимир Михайлович Бехтерев – нейростолог и невропатолог, психиатр и психотерапевт.

В 1897 году В. М. Бехтерев произносит свою знаменитую речь «Внушение и его роль в общественной жизни» в актовом собрании Военно-медицинской академии. Именно его работа сыграла ключевую роль в постановке вопроса о реабилитации лечебного гипнотизма в России (В. М. Бехтерев, 1898).

С этого времени работа В. М. Бехтерева неоднократно дополнялась и переиздавалась, на этой работе воспитывались сотни психиатров и психотерапевтов. Впервые с большой значимостью и эмоциональной силой был поставлен вопрос о влиянии внушения не только при лечении пациентов, но и в повседневной жизни. Российская психиатрическая и медицинская общественность получила теоретическое обоснование своей борьбы за отмену запретительных циркуляров. Многие врачи осознали огромный положительный эффект лечебных внушений. Примерно с этого времени идеи об отмене административных ограничений на лечебный гипнотизм начинают овладевать многими врачами. Накал борьбы закончился в 1903 году отменой циркуляров (В. М. Бехтерев, 1893, 1898, 1903; Я. А. Боткин, 1897; Е. Н. Довбня, 1910; П. Я. Розенбах, 1901; Ф. Е. Рыбаков, 1901; Б. Е. Егоров, 1993 и др.). Итак, академик В. М. Бехтерев (конец XIX века) боролся против произвола чиновников, а профессор Б. Д. Карвасарский (конец XX века) сочиняет указы № 294 и № 438 против развития психотерапии, и оба они из Санкт-Петербурга.

Приказ № 294 Минздрава Российской Федерации перечеркнул все достижения психотерапии за 100 лет ее существования. Опять контроль и застой в уже не передовой области советской психиатрии. Нам из глубины Сибири сообщают, что начались гонения на психотерапию – завернули

несколько диссертаций из-за наличия в них психотерапевтических методов лечения. Врачи-психотерапевты попадают в систему административных запретов на применение психотерапии.

Борьба медицинской бюрократии с психическим здоровьем населения уже привела к тяжким последствиям. Вместо улучшения специализированной помощи страдающим людям на страну был опущен колпак, состоящий из 600 000 парапрофессионалов. Естественно, что психическое состояние людей определяется также и экономическими условиями их жизни.

Приведем историю приказа № 294, введение которого имело самые тяжкие последствия для психического здоровья страны.

Приказ № 94 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» был издан восемь лет назад. Согласно этому приказу психотерапия была объявлена субспециальностью психиатрии, и психотерапевтом мог стать только врач-психиатр с трехлетним практическим стажем. Чем объяснялось создание данного образца бюрократического творчества – можно только догадываться. Видимо, исключительно «благом пациентов» или даже «насущными нуждами здравоохранения». Зато результат вполне очевиден. На восемь лет заторможено развитие профессиональной психотерапии в России. Расплодился гигантская армия жуликов и шарлатанов во главе с кашпировскими, столбунами и чумаками, паразитирующая на реальной потребности людей в квалифицированной психологической и психотерапевтической помощи. Люди, желающие и умеющие работать в данной области, вынуждены действовать на свой страх и риск, оказывая необходимую психотерапевтическую помощь нуждающимся чуть ли не «подпольно». Система подготовки психотерапевтов, профессиональные объединения вынужденно создавались и развивались не просто без официальной поддержки психиатрических служб, а часто вопреки, в борьбе с ортодоксальной психиатрией.

Результат для психического здоровья нации самый плачевный. На одном из совещаний Ученого совета по психиатрии Минздрава РФ приводились следующие цифры. Около 30% (!) населения нуждается в оказании психотерапевтической помощи. Силами психиатрических служб оказывается психотерапевтическая помощь 2,3% населения. Максимально возможно силами нынешних психиатрических служб (по их же признанию) увеличение этой цифры до 2,5%. Эти данные говорят о полной неспособности психиатрических служб справиться с нынешней ситуацией и отсутствии реальных возможностей на будущее. Ортодоксальная, советской еще завыски, психиатрия распилась в своей полной беспомощности.

Но это совершенно не мешает ей вести нелепые бюрократические игры в попытке любым способом сохранить прежнее положение. Дело дошло уже до совершеннейшего детского сада! То, что приказ отменен, скрывалось от профессионального сообщества в течение полугода! Профессиональная психотерапевтическая лига не была проинформирована об отмене приказа в течение 6 месяцев. Совершенно случайно нам сообщили об этом психотерапевты из Сибири.

Наплевательское отношение авторов приказа к здоровью нации, инфантилизм, неумение или нежелание понять современные тенденции развития той области, которой они взялись руководить, отсутствие какого-либо потенциала, просто отсутствие идеи – все это как в капле воды отразилось в ситуации вокруг приказа № 294. Вместо улучшения качества подготовки специалистов он вызвал лишь резкое увеличение взяткоемкости при лицензировании в области психотерапии со стороны занимающих посты главных психотерапевтов ортодоксов-психиатров.

Отмена приказа № 294 произошла в лучших традициях Российской бюрократии. Борьба психотерапевтов за его отмену длилась 7 (!) лет. За время сокрытия отмены приказа № 294 продолжалось издевательство над психотерапией страны. Наконец, 18.10.2001 года Министерство Юстиции РФ отменило приказ № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи».

Эти семь лет невольно возникло ощущение, что психиатры-ортодоксы выполняют задание 600.000 экстрасенсов и шарлатанов, продолжающих обольщать население. Единство целей шарлатанов-экстрасенсов и ортодоксов-психиатров, несомненно, выражается в борьбе против развития психотерапии и против экономического роста нашей России.

За время Советской власти был создан колоссальный психиатрический «монстр», который ни при каких обстоятельствах не способен к развитию, и который вместо улучшения специализированной помощи способствует увеличению количества больных в стране. Позвольте повторить удручающие цифры – 30% населения нуждается в психотерапевтической помощи по психологическому состоянию. Силами ортодоксальных психиатров охвачено только 2,3% нуждающихся в специализированной помощи. Несложно подсчитать, что 27% населения, нуждающегося в психотерапевтической помощи, брошены на произвол судьбы и обращаются к 600 000 шарлатанов-«экстрасенсов».

Таким образом, российское население оказалось между двух миров – шарлатаны зовут людей в мир иллюзий и откровенного обмана, а ортодоксы-психиатры советской школы зовут людей в мир психической патологии.

Уроки существования и отмены приказа № 294 показывают, насколько бюрократия в любой области является не только тормозом в развитии страны, но и просто врагом прогресса. Остается только спросить – нужно ли, эффективно ли такое руководство, не настало ли время предложить альтернативные варианты – об этом самое время задуматься профессиональному сообществу. И во имя здоровья нации, и во имя благополучия страны.

Считаем необходимым обратить внимание профессиональной общественности на данные факты игнорирования и личности врача, и личности пациента, и, на примере психотерапии, потребностей целых направлений медицины. Министерство и Комитеты здравоохранения ещё раз показали страшное лицо бюрократии, наплевательское отношение к состоянию и положению врачей и пациентов в стране. Они также показали неспособ-

ность и нежелание заниматься вопросами психического здоровья населения.

Психотерапия – настолько широкое понятие даже для медицины, что попытка задержать ее развитие, ограничив его рамками психиатрической науки, приносит абсолютный вред для психического и соматического здоровья населения.

В самом названии нашей кафедры уже показаны три раздела медицины, которые находятся в рабском отношении к психиатрии. В абсолютно зависимом положении.

В связи с этим, в российском здравоохранении отношения врач – больной всё дальше заходят в тупик. Кризисная ситуация в здравоохранении, связанная с сохраняющимся остаточным принципом финансирования, неуклонно углубляется. Политика государства по отношению к здоровью населения и, в частности, к здравоохранению, по-прежнему заключается в минимальном финансировании с одновременным требованием максимальных показателей работы врачей, что уже привело к крайней нехватке кадров и, соответственно, к невозможности выполнения поставленных задач. Всенародно декларируемое в средствах массовой информации повышение зарплаты медицинских работников по-прежнему является фикцией, так как его уровень является ничтожным из-за инфляции. К тому же, последнее повышение зарплаты в 1,89 раза не привело к стимулированию работы врачей, а, наоборот, вызвало усугубление кризисной ситуации в здравоохранении. Министерство здравоохранения при повышении зарплат медицинским работникам сразу повысило планы работы медицинских учреждений, сделав их практически невыполнимыми. Это в свою очередь вызвало усиление административного давления на всех уровнях управления здравоохранением, от департамента здравоохранения до заведующих поликлиниками и отделениями. Так, департамент здравоохранения постановил вести расчёт количества выделяемых ставок врачей не в соответствии с количеством обслуживаемого населения, как это всегда делалось, а пропорционально выполненному плану. Подобная волна повышения административного давления на врачей является чрезвычайно бурной и имеет определённые характеристики, никогда ранее не наблюдаемые в российском здравоохранении, что подтверждает его абсолютно кризисное состояние. Этими признаками является то, что руководители здравоохранения сделали основной задачей работы врачей выполнение планов приёма больных, а качество медицинской помощи отодвинули на последнее место. В выступлениях администраторов здравоохранения, требующих принимать больше пациентов за меньшее время, появились призывы: «Теперь будем лечить не больного, а болезнь, чтобы сократить время одного приёма», «Сейчас не время думать о качестве», «Пусть нас завтра накажут за пропуск патологии, лишь бы сейчас выполнить план» и т. п. Подобные призывы противоречат существующим веками этическим профессиональным и общечеловеческим нормам. От врача требуется работа, направленная не на охрану здоровья людей, а на выполнение плана для сохранения ставок и самосохранения. Отношения врач – больной иг-

норируются. Такое «лечение» ведёт к росту недовольства народа медицинской помощью, к дискредитации профессии врача. Кроме того, формальное, схематичное отношение к пациентам, игнорирование их личности приводит к снижению качества лечения психосоматических заболеваний, а это основная масса болезней. К тому же, смещение эмоциональных отношений врач – больной к отрицательному полюсу всё чаще ставит врача в позицию безразличия к личности пациента, что ещё больше дискредитирует профессию врача, а также нарушает эмоциональное состояние и пациентов и врачей, то есть ведёт к снижению качества психического здоровья населения.

В условиях общего кризиса здравоохранения выход очередного приказа № 438 по психотерапии не добавляет оптимизма врачам и делает ситуацию ещё более кризисной. Причем распространение приказа опять идет с попытки в течение нескольких месяцев скрыть информацию от населения и врачей.

Какую реальную альтернативу бюрократическим управленческим играм можно предложить сейчас, в современных российских условиях? Возможно, реальным выходом из тупика было бы часть функций управления, а именно лицензирование, сертификацию и контроль над составлением приказов, регламентирующих профессиональную деятельность, поручить общественным объединениям парaproфессионалов, не понаслышке знающим специфику и нужды данной области.

Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига является профессиональным сообществом, компетентным в вопросах психического здоровья. Считаем, что именно задачей ОППЛ является формирование общественного мнения о реальных причинах кризиса в здравоохранении. Только сообщество психотерапевтов способно довести до общества, в том числе до врачей всех специальностей и до организаторов здравоохранения, значимость признания ценности личности пациента и личности врача, и необходимости поднятия отношений врач – больной на цивилизованный уровень, отвечающий интересам обеих сторон и соответствующий нормам медицинской этики, что позволяет хоть в какой-то степени противостоять административному давлению.

Что касается путей выхода из тупика в сфере психического здоровья, ОППЛ предлагает следующее:

- 1) Отделение российской психотерапии от ортодоксальной советской психиатрии и организация отдельной специальности «психотерапия» в медицине.
- 2) Создание конкурентных отношений между психотерапией и ортодоксальной психиатрией путем распределения материальной поддержки в виде: зданий, институтов и ставок.
- 3) В связи с отделением психотерапии от психиатрии, возратить наркологию в психиатрию, как это было до реформы.
- 4) Лицензирование, сертификацию и контроль над приказами поручить профессиональным союзам психотерапевтов, в связи с полным пониманием ситуации в стране, психотерапии и запросов психического здоровья населения.

Ψ Главные события

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА

Календарный план горячей декады мая 2004

- 15–19 - тренинги перед конгрессом
- 18–19 VI съезд Профессиональной психотерапевтической лиги
- 18 – день работы комитетов и комиссий
- 19 – день пленарных заседаний
- 19 – Симпозиумы преконгресса
- 22 – Международный конгресс «Психотерапия и консультирование личности, семьи, социума»
- 23 – Конференция в рамках конгресса: по консультированию и психотерапии здорового человека, семейной психотерапии
- 24 – секционные заседания конгресса
- 25 – пленарное заседание, публичные, актовые лекции, бал
- 23–28 – тренинги после конгресса

Ψ Хроника

Казанская организация ППЛ Участникам I декадника в Казани

Глубокоуважаемые коллеги!

Первый декадник по психотерапии и психологическому консультированию, прошедший в г. Казани 23–30 марта 2004 г., подтвердил высокий уровень профессионализма психотерапевтов и консультантов Казани и Татарстана!

Центральный совет Лиги отмечает декадник в Казани в качестве самого значимого события в Профессиональной психотерапевтической лиге на территории Российской Федерации с начала 2004 года!

Профессиональное сообщество Татарстана уверенно становится главным Центром развития профессиональной психотерапии и профессионального консультирования в Волжском регионе!

Центральный совет Профессиональной психотерапевтической лиги России

С 25 по 29 мая в пригороде г. Санкт-Петербурга состоится II открытый Российский конгресс по дыханию

Организаторы:

Институт социального развития естественных способностей (г. Санкт-Петербург)

Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига

Ассоциация трансперсональной психологии и психотерапии и др.

На конгрессе будут представлены такие психотехнологии, как энергосенсорный класс дыхания, реберфинг, вайвейшн, холотропное дыхание, пранаяма и многие другие.

Особое место отведено рассмотрению ключевых вопросов использования современных дыхательных психотехнологий в психотерапии и консультировании.

Среди выступающих: д.м.н. Ю. А. Бубеев, д.пс.н. А. С. Захаревич, д.пс.н. В. В. Козлов, к.ф.н. В. В. Майков, В. В. Тонков, к.пс.н. И. В. Курис и др.

Подробнее ознакомиться с организаторами, тематикой и программой Конгресса, можно на сайте www.biosens.ru или по тел.: (812) 312-45-63 у секретаря конгресса Ильиной Ольги Владимировны.

ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПСИХОТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

В преддверии Второго открытого Российского Конгресса по дыханию, С-Петербург, 25–29 мая 2004
и 12-й ежегодной Конференции Международного фонда дыхательных психотехников (IBF),
С-Петербург, 24–30 июня 2005

А. С. Захаревич, д.п.с.н., проректор Института социального развития
естественных способностей, г. Санкт-Петербург

Человечество на протяжении всей истории своего развития искало жизненные ресурсы для достижения самых разнообразных целей: формирования жизненной успешности, лечения различных заболеваний порой кажущихся неизлечимыми, восстановления после физических и психических травм, преодоления состояний упадка физических сил и глубоких депрессий, решения широкого спектра эмоционально-психических проблем и расстройств, наконец, нахождения безопасных путей входа в измененные состояния сознания и приобретения сверхспособностей.

Эффективное решение этих вопросов без активной мобилизации психических функций и изменения психических состояний практически невозможно. Психические же функции человека напрямую связаны с функцией дыхания.

Что есть дыхание?

Количество трудов, которые человечество написало на протяжении своей истории на тему дыхания, вряд ли можно пересчитать. Ведь дыхание как одна из основных, базовых функций человека изучается многие тысячелетия. Не счесть и количества заблуждений относительно эффективности, границ применения и развивающей значимости различных техник дыхания, особенно, если они бездумно считываются из книг или по жесткому алгоритму уводятся из сферы знания предмета, стоящего за дыханием, в сторону выполнения практических точно регламентированных инструкций.

Дыхание – одна из самых загадочных функций человеческого организма. Это ключ к множеству тайн. Дыхание имеет две стороны – физиологическую и психоэнергетическую. Основные возможности развития человека заключены во второй стороне дыхания – психоэнергетической. При особой постановке дыхания можно запустить процесс, практически непрерывного набора энергии и выработки материальных энергетических субстанций особого качества. Т. е., при специфических формах активизации дыхательная система может возбуждать и синхронизировать работу организма и психики, являясь своего рода связующим звеном между ними.

Психика с позиций биосенсорной психологии и психотерапии рассматривается как материальное образование, поддерживаемое материальными энергетическими носителями, которые проявляются как в известных современной науке формах взаимодействий (электромагнитное излучение, тепловое, гравитационное, химическое и т. п.), так и в формах, ещё незарегистрированных современными приборными средствами, но косвенно выявляемых различными методами наблюдения, особенно в расширенных состояниях сознания. Соответственно, и все психические взаимодействия, психологические и психотерапевтические воздействия носят материальный характер, осуществляемый посредством материальных энергоносителей.

Рисунок сознания есть следствие неизвестных, мало- или совсем недоступных сегодняшней науке, но совершенно материальных психоформ – психоматриц. Конфигурация, количественный и качественный состав этих психоматриц – есть вели-

чина индивидуальная, зависящая от множества факторов, включая энергоинформационные, генные, родовые, социальные и прочие.

Таким образом, задачи биосенсорной психотерапии становятся шире – открыть «дверцу», установить сообщение между пластами психики (психоматрицами) и дать возможность не сообщаемым (в прямом смысле слова) «сосудам» соединиться. В результате у человека часть «психического» перейдет в «физическое» и наоборот. Уравновешенные естественно-необходимым для жизни образом психические структуры человека не дадут возможности для развития отклонений и «размоют» ранее существовавшие. При этом резко возрастает адаптивность организма и его способность к мутациям.

Активную роль в этом процессе занимают дыхательные психотехнологии, по принципам психотерапевтического воздействия их можно разделить на следующие группы:

1. «Распаковка» психических проблем осуществляется за счет частого и глубокого дыхания (гипервентиляционного эффекта), когда у организма теряются ресурсы для поддержания психической проблемы. К таким дыхательным психотехнологиям можно отнести реберфинг, вайвейшн, холотропное и свободное дыхание. При этом длительное использование преимущественно этих технологий ведет к ряду побочных эффектов и к остановке развития занимающихся. Основной принцип психотерапии здесь: «Частое и глубокое дыхание выявляет проблему человека», а высвобождающийся потенциал приводит к измененным состояниям сознания.

2. Проявление психических проблем осуществляется за фоне задержек дыхания в релаксационном состоянии. Основной принцип здесь: «Не дают нам не дышать психические и физические проблемы», а сигнал на вдох идет из наиболее проблемной зоны. К дыхательным психотехнологиям этой области можно отнести: некоторые виды энергосенсорного дыхания и пранаямы, а в сопутствующих эффектах – методы К. Бутейко и В. Фролова. Здесь также возникает измененные состояния сознания с мощнейшим притоком энергоносителя, только другого качества, чем в первом случае.

3. Выявление психических проблем происходит за счет повышения уровня свободно распределенного материального энергоносителя в организме и психике, привлекаемого во время специально организованного дыхательного цикла. Повышение количества энергоносителя проявляется как своего рода «прожектор», высвечивающий психические проблемы в глубинах внесознательного как внедрения чужеродных субстанций в психоматрицы либо в слои между психоматрицами. У большинства людей, включая специалистов, этот прожектор недостаточно мощный, в связи с этим, множество проблем и несовершенств просто не видится. Подобных эффектов достигали различные восточные дыхательные психотехнологии, а также разработанные в Институте социального развития естественных способностей (г. Санкт-Петербург) энергосенсорные дыхательные психотехнологии – авторы: В. Тонков и А. Захаревич.

Методы психотерапевтического воздействия следующие:

1. Методы насильственного излома восприятия и его свойств с итогом в виде принудительного поворота сознания в требуемом направлении.

2. Методы завлекающего характера, имеющие основной первопричиной скрытый, используемый психотерапевтом интерес клиента.

Насильственные методы:

- разрушения деструктивных узлов психоматриц;
- подмены и внедрения слов психоматриц явным (магия, оккультизм, йога, традиционные терапии и т. п.) или интуитивно-скрытым (психиатрия, психотерапия, психология, священничество) психическим инструментарием;
- перераспределения (случайное либо направленное) слов психоматриц, похожее на перетасовывание карточной колоды элементами или пластинами.

При этом незнание скрытых форм воздействия психического инструментария не является условием, мешающим его использовать. Так человек, совершенно незнающий основ анатомии и физиологии, дышит, перемещается и продолжает свой род.

Существует огромное количество практик, развивающих физичность этого инструментария и никто не виноват, что средний психотерапевт ими не владеет и не пользуется.

Наиболее сильным насильственным методом является гипноз, при котором у клиента чаще всего наступает эффект перерегулирования и часть слоев психоматриц обесточивается.

В завлекающих методах разрушением, подменой и перетасовыванием слов психоматриц клиент занимается самостоятельно.

Дыхательные психотехнологии в описанном выше занимают наиважнейшую роль.

На Открытом российском конгрессе по дыханию и конференции IBF будет также рассматриваться и другие темы:

1. Научно-методические исследования дыхательных психотехнологий, психофизиологических и паранормальных процессов их сопровождающих.
2. Развитие естественных способностей человека при помощи дыхательных психотехнологий.
3. Энергосенсорные дыхательные психотехнологии.
4. Роль дыхания в пластике движения и в звукообразовании.
5. Психотерапевтические аспекты дыхательных психотехнологий.
6. Реберфинг, вайвейшн, свободное дыхание.
7. Холотропное дыхание.
8. Дыхательные психотехнологии в бизнесе, организационной и предпринимательской деятельности.
9. Дыхательные психотехнологии в народной медицине и целительстве.
10. Дыхательные психотехнологии в медицине и практике лечения различных заболеваний.
11. Дыхательные психотехнологии в спорте.

Подробнее ознакомиться с информацией о конгрессе по дыханию, а также с программами подготовки по биосенсорной психологии и психотерапии, идущими в зачет подготовки на Европейский сертификат по психотерапии и психологического консультирования можно на сайте: www.biosens.ru или по тел: (812) 312-45-63, 117-01-31.

«О ХУДОЖЕСТВЕННОМ ТВОРЧЕСТВЕ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ»

Открытое письмо в редакцию ППГ и Комитет модальностей ОППЛ

М. М. Решетников

Дорогие коллеги, в связи с началом регулярной публикации в ППГ заявок в Комитет модальностей ОППЛ хотел бы прояснить для себя несколько вопросов.

Как известно, количество методов, методик и модификаций психотерапии уже давно запредельно. Лет десять назад это количество определялось ВОЗ как «более 15 тысяч», и можно предполагать, что за прошедший период оно, как минимум, удвоилось. Но можно ли относить это безудержное творчество психотерапевтов к модальностям? И кто поручится, что публикуемые «заявки» не повторяют нечто из уже давно известного и, в общем-то – столь же мало информативного или полезного?

А исходя из широко известной фразы Б. Д. Карвасарского, что «многие психотерапевты считают, что жизнь прошла зря, если они не предложили собственного метода психотерапии», таких якобы «модальностей» в России уже в ближайшее время должно превысить несколько сот или даже тысяч. Вы намерены опубликовать их все или выборочно?

И в целом: какое это имеет отношение к модальностям психотерапии, перечень которых весьма ограничен? Они хорошо известны, и я лишь напому их: внушение (директивное и недирективное), рациональная психотерапия, психодинамическая, поведенческая, гештальт и мультимодальная (в терминах профессора В. В. Макарова, или интегративная – в терминах профессора Б. Д. Карвасарского).

Я позволю себе также еще раз напомнить, почему здесь нет гуманистической и когнитивной. Их нет, так как они не являются самостоятельными модальностями. Первое направление возникло как попытка синтеза психодинамического и бихевиорального подходов, но, как отмечают сами приверженцы этого метода, за последние десятилетия не появилось никаких

новых сколько-нибудь убедительных работ в этой области. А когнитивная психотерапия – это лишь современное наименование рациональной, которая в качестве обязательной составляющей входит в бихевиоризм, да и практически во все другие модальности.

Любая модальность – это, прежде всего, метод, в основе которого лежит какая-то сложившаяся методология (философия), в том числе – концепция личности, а также концепции ее развития и функционирования. И именно на этих концепциях базируются психотерапевтические техники. Этим и отличаются вышеупомянутые направления в современной психотерапии, которые прошли проверку временем, а адекватность лежащих в их основе концепций многократно подтверждена реальной практикой.

Когда же читаешь, что «с методологической стороны особенностью метода является системный подход к психокоррекции», а с «технологической стороны – это физиологически ориентированный метод», призванный «восполнить недостающее звено – естественнонаучное (! – М.Р.) обоснование механизмов разрешения психологических проблем» (ППГ № 2 (19) 2004, с. 3), или того «покруче», что методика отличается от существующих «акцентом на развитие позитивного радикала (ресурсов) сознания и бессознательного (творческой интуиции), отсутствием эксплуатации спектра отрицательных эмоций клиента» (ППГ № 2 (19) 2004, с. 4), возникает вопрос: а были ли сами авторы в сознательном состоянии, когда предлагали это как нечто новое и заслуживающее прочтения или же они просто реализовали свой «позитивный радикал бессознательного»? И второй вопрос: что происходит с творческой интуицией редакции? Что происходит с еще не так давно очень интересным, информационно насыщенным и высокопрофессиональным изданием?

Договор о сотрудничестве

В конце января 2004 года между Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой (ОППЛ), в лице президента Макарова В. В., и негосударственным образовательным учреждением высшего профессионального образования Институт социального развития естественных способностей (ИСРЕС), в лице ректора Горюнова А. В., был заключен договор о сотрудничестве.

Предмет договора:

1. Проведение совместных мероприятий по реализации комплексной программы образовательной подготовки специалистов по биосенсорной психотерапии и консультированию и выпускной сертификации слушателей ИСРЕС для представления на Европейский сертификат консультанта, Европейский сертификат психотерапевта по зачету общего количества часов обучения.
2. Проведение совместных мероприятий, направленных на регулирование взаимоотношений психотерапевтов со специалистами в области биоэнергетики, народной медицины (целительства) и духовных практик.

Обязанности сторон:

ОППЛ:

1. Организует информационную и просветительскую работу по своим информационным каналам о новой модальности «Биосенсорная психотерапия», а также о возможностях и условиях подготовки специалистов по биосенсорной психотерапии и консультированию в ИСРЕС.
3. Принимает выпускные документы ИСРЕС по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки с включением количества часов подготовки слушателей ИСРЕС по разделам «Теория» и «Практика с супервизией» в зачет сертификации на Европейский сертификат консультанта и Европейский сертификат психотерапевта с выдачей слушателям накопительных свидетельств Лиги.
4. Направляет в ИСРЕС в числе других учреждений на экспертизу по использованию в психотерапевтической практике методов биоэнергетики, народной медицины (целительства) и духовных направлений, а также привлекает специалистов ИСРЕС для решения спорных вопросов по взаимоотношению психотерапевтов со специалистами в области биоэнергетики, народной медицины (целительства) и духовных практик.
5. В случае необходимости предоставляет условия для проведения экспертиз, лекций, семинаров, консультаций.
6. Осуществляет информационное обеспечение мероприятий в СМИ.

ИСРЕС:

1. Осуществляет образовательную подготовку по биосенсорной психотерапии и консультированию на основе базовых лицензированных программ: «Сенсология», «Целительство», «Современные методы сенсологии в психологии и психотерапии», «Практическая сенсология в дыхательных психотехниках».
2. Проводит экспертизу и решает спорные вопросы по биоэнергетике, народной медицине (целительству), духовным практикам и использованию этих методов в психотерапевтической практике и консультировании.
3. Привлекает при необходимости для реализации сотрудничества специалистов и научных работников в области биоэнергетики, народной медицины (целительства), духовным практикам и иных смежных областей.
4. По согласованию или по поручению ОППЛ представляет ОППЛ и устанавливает контакты с иными организациями по вопросам использования методов биоэнергетики, народной медицины (целительства) и духовных практик в психотерапии и консультировании.
5. Организует лекционную, семинарскую, консультационную и просветительскую деятельность по вопросам использования методов биоэнергетики, народной медицины (целительства), духовных практик в психотерапевтической деятельности и консультировании.
6. Осуществляет информационное обеспечение мероприятий данной программы в СМИ.

Выполнение и контроль за данными мероприятиями возложено на:

От ОППЛ – Макарова Виктора Викторовича, президента ППЛ, вице-президента Всемирного Совета по Психотерапии, психотерапевта единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы, профессора, д.м.н.

От ИСРЕС – Захаревича Андрея Станиславовича, представителя модальности «Биосенсорная психотерапия» в ППЛ, проректора по научной работе ИСРЕС, вице-президента межрегиональной профессиональной медицинской ассоциации народной медицины, психотерапевта единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы, д.пс.н.

По вопросам обучения по программе «Биосенсорная психотерапия» обращаться в Институт социального развития естественных способностей по тел.: (812) 232-97-76, факс.: (812) 233-93-00, E-mail: adm@biosens.ru, www.biosens.ru.

В ОРЕНБУРГЕ УЖЕ ТРИ ГОДА ДЕЙСТВУЕТ ОДНО ИЗ ПЕРВЫХ В РОССИИ ОТДЕЛЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ (ПСИХОТЕРАПИИ)

Профессор М. Решетников

Психотерапевтическая помощь в Оренбургской области начала развиваться с 1996 года, когда после издания приказа МЗ РФ № 27 от 13.02.95 в штаты психиатрических больниц ввели ставки врачей-психотерапевтов из расчета 1 специалист на 50 пациентов.

Основными методическими центрами психотерапевтической помощи, где апробируются и внедряются новые технологии, являются Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (главный врач Прусс Г. Б.) и Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2 (главный врач Сировская В. П. – Заслуженный врач РФ). К настоящему времени в областных психиатрических больницах, соответственно на 550 и 850 коек, работают 27 врачей-психотерапевтов, из них 17 – в общепсихиатрических отделениях. Особое внимание развитию психотерапии и реабилитации душевнобольных уделяется в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 2.

В 2000 году решением руководства больницы для повышения эффективности взаимодействия врачебного состава и терапевтической работы в целом, всех специалистов объединили в психотерапевтическую лабораторию во главе с заведующим отделением. В настоящее время в стационаре постоянно работают от 13 врачей-психотерапевтов.

В 2001 году в больнице было создано отделение динамической психиатрии (психотерапии), специализирующееся на работе с психотическими расстройствами. В основу организации отделения был положен опыт и структура Клиники динамической психиатрии «Ментершвайге», основанной, как известно, психиатром психодинамического направления Гюнтером Аммоном в Мюнхене (Германия), контакты с которой были установлены при поддержке Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии МЗ РФ под руководством главного психотерапевта МЗ РФ Б. Д. Карвасарского.

Открытие отделения динамической психиатрии совпало с существенным улучшением материально-технической базы Оренбургской областной психиатрической больницы и вводом в строй нового корпуса стационара, где и разместилось отделение. Большая заслуга в этом решении принадлежит руководителям Областного Управления здравоохранения и главному врачу больницы, Заслуженному врачу РФ В. П. Сировской, активно внедряющей новые формы работы, в частности, в подходах к пациентам с психическими расстройствами.

Особую роль в становлении психотерапевтической службы больницы сыграл областной организационно-методический и консультативный центр по психотерапии и медицинской психологии (Оренбургский филиал федерального научно-методического центра по психотерапии МЗ РФ) под руководством канд. мед. наук С.М. Бабина – главного психотерапевта области.

Официально отделение, рассчитанное на 30 коек, начало функционировать с 24 января 2001 года. В его состав отделения входит 6 палат, ординаторская, кабинет психолога, а также полифункциональные помещения для индивидуальной терапии, групповой и танцевальной терапии, а также арт-терапии, музыкотерапии, песочной терапии, мили-

отерапии. Кроме этого в отделении имеется спортивный зал, процедурный кабинет, холл, столовая и буфет. В штатном расписании предусмотрены 7 должностей среднего и 14,75 младшего медицинского персонала, психолог и социальный работник.

На первом этапе определенные опасения со стороны руководства и персонала отделения вызвала перспектива смешанного по полу состава пациентов, и вначале в отделении были только пациентки-женщины. Однако когда в одной из палат разместили пациентов-мужчин, выяснилось, что опасения были не обоснованы. И даже наоборот – климат в отделении и терапевтических группах стал более естественным, моделируя реальную картину социума. И это еще раз продемонстрировало необоснованность некоторых догм классической организации госпитальной психиатрической помощи.

Штаты психотерапевтической лаборатории, действующей в больнице с 1998 г. и включающие всех врачей-психотерапевтов стационара (11 человек), были объединены с вновь созданным отделением. Одновременно с этим на заведующего отделением с 1998 года врача-психотерапевта Ю. Л. Пустотина были возложены функции руководства и координации деятельности психотерапевтов всех остальных психиатрических отделений больницы. Такая единая структура службы позволила более эффективно перераспределять обязанности и – по мере необходимости – более активно привлекать к работе в отделении врачей-психотерапевтов из других подразделений стационара. В результате в проведении индивидуальной работы с пациентами и групповой психотерапии, помимо заведующего отделением и 2-х лечащих врачей, постоянно участвуют еще 5–6 психотерапевтов, а терапевтические группы пациентов действуют ежедневно не менее 1–2 раз в день.

Характерная особенность отделения: ключевым звеном здесь является не врач-психиатр, а врач-психотерапевт (естественно, с предшествующей психиатрической подготовкой), а основная модель его работы осуществляется в соответствии с принципами деятельности отделений неврозов и психотерапии. Именно психотерапевты отделения являются лечащими врачами и осуществляют весь комплекс клинико-диагностических, экспертных и терапевтических мероприятий. На них же лежит ответственность за оформление историй болезни, подготовку актов экспертизы нетрудоспособности, а также назначение, контроль и ответственность за медикаментозную терапию пациентов. Большинство пациентов поступают или переводятся в отделение после купирования острого психотического состояния, где они наряду с психотерапией получают поддерживающее медикаментозное лечение нейролептиками, антидепрессантами и транквилизаторами.

Однако ведущая роль в работе с пациентами отделения, как уже отмечалось, отводится психотерапии. Уже при поступлении пациента в отделение на совместном осмотре (включая специалистов, участвующих в индивидуальной и групповой психотерапии) определяются возможные направления психотерапевтической работы, задачи и форма ее проведения (индивидуальная и/или групповая или семейная), предпочтительные для данного

пациента. Основной акцент делается на групповой терапии, которая более экономична и эффективна в работе с психотическими пациентами, так как позволяет существенно снизить ощущение их социальной изоляции, развивает их способность к тестированию реальности и расширяет контакты с окружающими. Одновременно с этим проводится индивидуальная психотерапия. Если есть возможность приезда родственников, проводятся сессии семейной терапии.

Вся деятельность с пациентами достаточно четко упорядочена: психотерапевтические мероприятия жестко закреплены по времени их проведения в течение дня и недели. Этот порядок отражен в расписании, которое хорошо известно врачам, персоналу и пациентам отделения. Одна из задач состоит в максимальном вовлечении пациентов в различные виды психотерапевтической работы, при этом – посещение части групповых сессий является обязательным, а другие – предлагаются по выбору. При этом, как свидетельствует 5-летний опыт работы, наибольшим предпочтением у пациентов пользуются различные виды невербальной групповой психотерапии – активная музыкотерапия, песочная терапия, сказкотерапия.

Еженедельно в отделении проводится 8–12 психотерапевтических групп. В группы пациенты отбираются преимущественно с учетом их проблематики, а вопросы нозологии рассматриваются как вторичные. Как правило, в первую половину дня проводится групповая «суппортивная» психотерапия, в рамках которой, «терапевт-дирижер» ставит задачу помочь пациентам восстановить оптимальный уровень функционирования, естественно – с учетом всех ограничений, связанных с его страданием, способностями, психосоматическим состоянием и жизненными обстоятельствами. При этом особое внимание обращается на создание атмосферы психологической безопасности, просвещение пациента и влияние конкретных стрессов. Дополнительными целями групповой работы являются смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования пациентов на болезнь и госпитализацию, а также формирование доверия к лечащему терапевту и повышение уровня социальной адаптации.

По результатам обследования пациентов и их участия в групповой терапии осуществляется отбор пациентов для невербальных форм терапевтических мероприятий, которые проводятся, как правило, в послеобеденное время по утвержденному графику, как минимум, по одному разу в неделю, но также в групповой форме: по направлениям: арт-терапия, музыкотерапия, танцевальная терапия, психогимнастика, песочная терапия и сказкотерапия.

Все эти виды терапии реализуются в активных формах. Например, на танцевальных сессиях пациенты могут исполнять индивидуальный танец или участвовать в танце в составе группы, в обоих случаях стараясь выразить и отреагировать свое настроение, чувства и переживания. На музыкальных сессиях акцент делается на стимуляции взаимодействия участников с помощью музыкальных инструментов, но преимущественно – через ритм, поэтому одним из ведущих инструментов являются ударные. В отделении имеется также опыт

проведения курса театротерапии, результатом которого стала постановка костюмированного спектакля с участием пациентов.

Одной из форм психотерапевтической работы отделения является милотиерапия (терапии средней), которой, в соответствии с принципами, разработанными в клинике «Ментершвайге», отводится ведущая роль. Как показал опыт, организация этого специфического вида терапии является одной из наиболее сложных задач. Смысл её состоит в том, что группа пациентов под руководством сотрудника отделения предлагает, обсуждает тот или иной проект изменения или улучшения окружающей (в том числе – информационной) среды, а затем доводит его до реального воплощения. Диапазон возможных проектов довольно широк: от группового оформления стенгазеты или подготовки реферата до масштабных оформительских и строительных работ. В рамках этого метода ведущая роль отводится обсуждению с участниками проекта возникающих трудностей, проблем, ролевого участия каждого из пациентов и его личного вклада в реализацию проекта. Этим милотиерапия отличается от терапии занятостью, поскольку она направлена не на возвращении пациентам навыков труда или их вовлечение в общественно-полезную деятельность, а ориентирована на проявление инициативы, мотивационных установок, создание кооперативных отношений между пациентами и персоналом и общее развитие личности. В рамках этого направления в отделении начаты работы над некоторыми милли-проектами, связанными с обустройством интерьера внутри отделения и примыкающего к отделению прогулочного дворика. Начинание было очень хорошо принято пациентами, что является лучшим подтверждением ценности этой методики. В небольшом «внутреннем» дворике уже имеется маленькое «озеро», беседка, клумбы, созданные совместно руками пациентов и персонала.

Следует отметить, что все упомянутое выше не имело бы существенного значения без специальных усилий, направленных на создание психотерапевтического сообщества в отделении, для возникновения, которого с точки зрения О. Кернберга, необходимо соблюдение следующих условий: 1) регулярные общие собрания сообщества; 2) создание «правительства» пациентов; 3) специальная подготовка персонала.

Эта задача является наиболее сложной и трудоемкой, и пока нельзя сказать, что она решена полностью. Тем не менее, в отделении еженедельно проводятся общие собрания всего медицинского персонала, врачей и пациентов. На них представляют новых пациентов и вновь назначенных специалистов, обсуждаются все накопившиеся вопросы и претензии, итоги работы терапевтических групп за прошедшую неделю, режим и расписание работы на следующую.

Несмотря на определенные трудности, продолжают попытки наладить работу совета больных, который взял бы на себя некоторые элементы самоуправления и ответственности. Конечно, эти собрания совета проходят при участии ведущего отделения или одного из терапевтов, старшей сестры, психолога и социального работника. Также как и в российском социуме, в целом, весьма непросто побуждать пациентов к самоуправлению, и нередко очень трудно «соблюсти грань», чтобы совет больных не превратился в одно из обычных групповых занятий, проводимых персоналом.

К работе с пациентами активно привлекается весь персонал отделения, включая такие мероприятия, как утренний зарядка, подвижные игры в вечернее время, руководство группами «занятос-

ти», где пациенты в свободное время могут посвятить себя интересному для них занятию. Социальный работник помимо основной работы курирует подготовку различных праздничных мероприятий, концертов, выступлений. Естественно, что руководство и проведение таких групп невозможно без определенной подготовки и навыков, потому весь персонал как минимум один раз в месяц участвует в теоретических семинарах или практических тренингах, в процессе которых обсуждаются различные теоретические и практические вопросы психиатрии и психотерапии. Очень жестко осуществляется подбор персонала, включая младший медицинский персонал, и особых усилий требует поддержание в отделении доброжелательной атмосферы, спокойного и уважительного отношения к пациентам.

Пациентам предоставлена возможность пользоваться личной одеждой и обеспечивается максимальная свобода передвижения в отделении. Постоянно доступен телевизор, видеомагнитофон и видеокассеты, подбор которых осуществляют специалисты отделения. Всегда есть возможность игры в шахматы, шашки, домино. Постоянно улучшаются условия в отделении – все окрашено в солнечные тона и вымыто, некоторые предметы интерьера (подаренные пациентами) носят антикварный характер, допускается оформление палат пациентами в индивидуальном стиле. На основе благотворительной помощи в отделении создана библиотека на 1500 книг со свободным доступом всех пациентов (без библиотекаря, и пациенты сами поддерживают порядок на книжных полках, берут и возвращают книги), приобретен большой аквариум, который является дополнительным способом эстетотерапии и релаксации пациентов.

Для формирования «терапевтической команды» в отделении проводятся еженедельные встречи психотерапевтов и, как минимум, один раз в месяц:

- 1) балнтовская группа или супервизия с привлечением внешнего супервизора из числа сотрудников психотерапевтического центра;
- 2) теоретический семинар, в ходе которого обсуждаются различные теоретические и практические вопросы психиатрии и психотерапии;
- 3) конференции с групповым разбором пациента, в котором он (в зависимости от формы патологии и состояния) может принимать или не принимать участие.

Кроме этого еженедельно проводятся «психотерапевтической планерки», в ходе которой лечатся врачи и ведущие групп (постоянно работающие в разных отделениях стационара) делятся впечатлениями за неделю и составляют планы дальнейшей терапии.

Принципиально иные взаимоотношения, формы и методы терапевтической работы, основанные на идеях терапевтического сообщества, которые постепенно формируются в отделении, требуют нового отношения врачебного и среднего медицинского персонала и к своей работе, и к пациентам. В этих целях Оренбургским Центром по психотерапии и медицинской психологии разработана программа усовершенствования среднего медицинского персонала на рабочем месте. В неё включены как теоретические, так и практические разделы. Рассматриваются такие вопросы, как история психотерапии, различные виды и методы психотерапии психически больных, основные идеи динамического подхода, понятия терапии средой и терапевтического сообщества, роль медицинского персонала в психотерапевтическом процессе. Занятия проводятся непосредственно на рабочем месте, как правило, с дежурной сменой, что не вызывает неудобства для персонала и, соответ-

ственно, противодействия. Средний и младший медицинский персонал подбирается, в основном, из сотрудников, ранее не работавших или мало работавших в традиционном психиатрическом стационаре, чтобы избежать «негативного переноса навыков» и не «транслировать» в новый тип отделения уже «сформировавшиеся виды «профессиональной деформации». Это, безусловно, существенно и позитивно сказалось на создании новой терапевтической среды.

Тем не менее, уже в начале работы отделение столкнулось с рядом уже описанных в литературе и рядом принципиально новых проблем, таких как: размывание профессиональной идентичности сотрудников, разрушение привычной властной иерархии, конфликты с другими (традиционными) подразделениями больницы, увеличение объема работы персонала и т. п., что требует для своей коррекции и разрешения не только более широкой и углубленной образовательной деятельности, но и систематического профессионального тренинга, обеспечивающего личностный рост и стрессоустойчивость сотрудников (Кискер К. П. и др., 1999), а также адекватного решения проблем материального и нематериального стимулирования сотрудников. Решение большинства этих проблем – дело будущего.

Некоторые показатели работы отделения и статистические данные за прошедший 2003 год. Всего в отделении находилось 167 пациентов, из них 86% переведены из других общепсихиатрических отделений больницы и 14% поступили непосредственно в отделение. Средний срок пребывания пациентов в стационаре составлял 87 дней. 37% пациентов составляли мужчины, и 63% – женщины.

Распределение пациентов по нозологическим формам:

- шизофрения – 87 человека (52,1%), преобладали пациенты с психопатоподобным, депрессивным синдромом, негрубым эмоционально – волевым снижением;
- аффективные расстройства – 10 (6%);
- органическое поражение головного мозга – 38 человек (22,8%), в этой группе преобладали пациенты с астеническими расстройствами, негрубым психоорганическим синдромом, расстройствами настроения;
- невротические и личностные расстройства – 19 (11,4%);
- олигофрени – 8 (4,8%);
- завысности – 5 (2,9%).

Общественно опасные пациенты составляли 28,9%, трое пациентов (1,19%) находились на принудительном лечении. Режим пребывания в отделении не отличался от обычного.

Подводя итоги, можно сказать, что разрабатываемая модель стационарной психиатрической помощи, основанная на идеях динамической психиатрии, уже начала успешно адаптироваться в российской клинике. На следующем этапе существенной задачей будет развитие всех обозначенных выше направлений терапевтической работы в отделении путем последовательной профессионализации специалистов всех уровней, а также улучшение взаимодействия с амбулаторной службой и внедрение в ее деятельность элементов динамического подхода.

Однако уже на этом этапе непосредственное знакомство с опытом реально действующей клиники динамической психиатрии представляет существенный профессиональный интерес, в связи с чем НФП и ППЛ предлагает провести одну из национальных или международных конференций по динамической психиатрии на базе Оренбургской клинической психиатрической больницы № 2.

ЗАЯВКА В КОМИТЕТ МОДАЛЬНОСТЕЙ ОППЛ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ ЛИГОЙ МЕТОДА ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА

Автор метода – врач психотерапевт Семенова Алла Ивановна

1. Название:

Гомеопатический психоанализ как метод лечения естественных хронических болезней и болезней сознания, классических, экзистенциальных, апокалиптических неврозов.

2. Краткая история метода

Практическая разработка данного метода и аспектов его применения относится к последнему десятилетию (1990–2003 гг.) и связана с параллельной работой автора гомеопатом и психотерапевтом. Теоретические предпосылки данной работы определились в начале 80-х годов и относятся ко времени представления автором эволюционно-адаптивной теории иммунитета и описания центральной роли иммунной системы в ключевой регуляции. Гомеопатический психоанализ представлен в качестве систематического философского, клинико-аналитического метода лечения глубинных болезней человечества: естественных хронических болезней и болезней сознания. Метод опирается на философию и закономерности психотерапии и гомеопатии; уходит корнями в антропоэкологию, синтетическую генетику, психогенетику, эволюционистику; руководствуется задачами евгеники. Он позволяет изучать человека и его природу во всех взаимосвязях. Автором изучены язык и исследовательское поле разных направлений психотерапии, гомеопатии, философии. Предложен алгоритм качественного исследования природы человека (как феномена и процесса) на основе расширенной объяснительной системы. Данный метод предназначен для лечения классических, смысловых, духовных неврозов.

Метод использован в частной практике и в работе в государственных учреждениях (на базе поликлиник Москвы, санатория Валуево Московской области, в Московском гомеопатическом Центре, в гомеопатическом центре «Гармония здоровья»). Разработаны программа и учебный план подготовки врачей по гомеопатическому психоанализу. Лекции по гомеопатическому психоанализу проведены на базе ФНКЭЦТМДИЛ РФ при подготовке врачей-гомеопатов в 1998–2003 гг., в Российской гомеопатической ассоциации, психотерапевтическом объединении Сочи. Основные положения метода изложены в докладах на конференциях и конгрессах по психотерапии и гомеопатии федерального и международного уровня (1997, 98, 99, 2000, 2001, 2002, 2003 гг.), в том числе, на научно-практических конференциях Института психотерапии, сессиях Профессиональной психотерапевтической лиги, Конгрессе Европейской ассоциации психотерапии «Психотерапия Европы – психотерапия Азии» в Москве 2001 г., Всероссийской конференции по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации» в 2002 г.; на 3-м Международном Конгрессе по психотерапии в Австрии 2002 г., на 57 Конгрессе Международной гомеопатической лиги в Москве 2002 г., на Всероссийском съезде гомеопатов в 2003 г.

3. Основные труды

Семенова А. И. Жизненный принцип организма, М.: Знак, 1995. 191 с.

Семенова А. И. Душа гомеопатии. М.: Знак, 2000. 175 с.

Seменова A. Homeopathic Psychoanalysis. Correction of existential neuroses. М.: Макс-Пресс, 2002. 80 с.

Семенова А. Искусство творческого самосознания. Способ звуковой дыхательно-эвритмической гимнастики саморегуляции М.: Макс-Пресс, 2002. 67 с.

Опубликовано 35 статей и тезисов к научным конференциям. В том числе:

«Структурные модели адаптации в гомеопатии», тезисы к Московской международной гомеопатической конференции, 1998 г.

«Сущностная модель саморегуляции», тезисы к 4 Московской международной конференции по биорезонансной терапии, 1999 г.

Программа и учебный план курса по клинической гомеопсихотерапии, МГЦ, 1998 г.

«Гомеопатический психоанализ», тезисы к Всероссийской конференции психотерапии, 1999 г.

«Гомеопатический психоанализ», «Эволюционная теория миазмов», «Подобная биологическая система, субстанция состояния, душа, жизненный принцип организма», – три статьи в Терминологический Сборник научных трудов МЗ РФ и НЦ традиционной медицины и гомеопатии, 2000 г.

«Психотерапия в геронтологии», журнал «Старение и долголетие», 2001 г.

Три статьи к 57 Конгрессу Международной гомеопатической Лиги, 2002 г.: «Иммунологическая, гомеопатическая и физическая концепция организующего жизненного принципа»; «Основные положения гомеопатического психоанализа. Имагогика в гомеопатии. Коррекция экзистенциальных психотипов и неврозов»; «Упорядочение языка гомеопатии. Сопоставление опыта развития гомеопатии и психотерапии».

«Основные положения гомеопатического психоанализа», тезисы к конференции Европейской ассоциации психотерапии 2002 г.

«Существо гомеопатического психоанализа», тезисы к 5 Всероссийской конференции по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации» МЗ РФ, РГМУ, институт психотерапии, 2002 г.

«Гомеопатический психоанализ», статья к III Международному Конгрессу психотерапевтов в Вене, Австрия, 2002 г.

Три статьи к третьему съезду гомеопатов России, 2003 г.: «Систематическая и унитарная гомеопатия»; «Роль эволюционного и иммунологического мышления в осмыслении принципа подобия»; «Гомеопатический психоанализ».

Описание изобретения и получение патента № 2215475 на «Способ психо-физической тренировки с использованием звуков алфавита родной речи. Звуковая дыхательно-эвритмическая гимнастика саморегуляции», 2003 г.

4. Миссия

Разработка комплексного исследовательского алгоритма для изучения природы адаптации, саморегуляции, эволюции человека. Выяснение психолингвистических основ детской психотерапии, разработка методов саморегуляции в детском возрасте. Защита детей от излишней фармакотерапии. Гуманизация медицины.

5. Основные формы деятельности

Практическая и теоретическая медицинская деятельность проводилась в области педиатрии, иммунологии, гомеопатии, психотерапии (взрослой, семейной, детской) – в стационарах, поликлиниках, центрах, институте, санатории, частным образом. В настоящее время автор сочетает работу в качестве терапевта и гомеопата с чтением лекций по гомеопатическому психоанализу.

Психологическая и педагогическая работа – психологическое консультирование, работа с детьми, педагогами школ, детских садов, детьми, семьями, частная практика.

Преподавание метода (см. выше).

Лекторская работа. В настоящее время лекции по гомеопатическому психоанализу проводятся в центральной школе гомеопатии ФКЭЦНМГ РФ.

Самостоятельная исследовательская работа теоретика и медицинского систематика в области экологии человека, с изучением личностно-ориентированных, оберегающих медицинских технологий. Результаты работы опубликованы в монографиях.

6. Используемые модальности психотерапии

Систематический, философский, интегративно-развивающий, гуманистический, клинический, психоаналитический, экзистенциальный, лингвистический подход. Методы гуманистической, клинической, детской, семейной психотерапии, гомеопатический психоанализ, гештальт-терапия, символдрама, терапия творческим самоосознанием, психолингвистический способ звуко-пластической, дыхательной гимнастики саморегуляции, – формирующие устойчивую ресурсную метапозицию у пациента.

7. Основное отличие от других родственных структур

Гомеопатический психоанализ предназначен для лечения естественных хронических болезней и болезней сознания, разных форм неврозов. Его основное отличие – в систематизации исследовательского поля и языка многих дисциплин – духовных единомышленников, в методологической специфичности, ориентации на качественный алгоритм исследования, в использовании гомеопатических принципов и средств для лечения не только болезней тела, но и болезней сознания (разных форм неврозов). От клинической психотерапии отличается расширенной информацией о природе человека, раскрытием природного потенциала с помощью регулирующих средств. От классического, гуманистического, экзистенциального психоанализа, собственно гомеопатии отличается расширенной объяснительной философской

системой и новым методическим содержанием, на основе современного естественно-научного антропоэкологического знания.

8. Реквизиты для взаимодействия

Семенова Алла Ивановна, психотерапевт поликлиники № 38 ЦАО УЗ Москвы, т. раб. 246-02-88. Домашний адрес: 142784, Московская область, Ленинский р-н, поселок Московский, д. 32, кв. 28. E-mail: semva@mail.ru. Домашний тел.: 439-86-39.

Гомеопатический психоанализ (резюме)

Гомеопатический психоанализ – философский, высокосистематический, методологически специфичный (гомеопатический, клинический, психоаналитический) метод лечения естественных хронических болезней и болезней сознания, классических, экзистенциальных, апокалиптических неврозов. Метод имеет целью воздействие на эволюционную основу и болезненную почву человека, способствует развитию сознания, пониманию глубинной природы человека. Классический психоанализ ввел понятие об индивидуальном бессознательном, аналитическая психология – о коллективном, логотерапия – о духовном бессознательном. З. Фрейд предложил к рассмотрению инстинкты и инфантильные импульсы человека. К. Юнг исследовал образование мифов, образов, масок, структурирование психической энергии. А. Адлер изучил социальные комплексы, синергизм сознания и бессознательного. В. Франкл объяснил значение смысла. Предлагая метод гомеопатического психоанализа, автор вводит понятие о сущностном бессознательном. Обсуждается вопрос о природе Подобия и опосредующих регуляторных инстанциях, центральном конфликте, связанном со сложностью осознания первичных данностей существования. С искажением мышления и сознания связано формирование болезненной почвы человечества.

Методологически гомеопатический психоанализ основан на положениях и понятиях, введенных гомеопатией, эволюционной иммунологией, клинической психотерапией, классическим и гуманистическим психоанализом, антропоэкологией, с использованием языка феноменологической, герменевтической философских систем. Он основан на

синтезе языка науки и религии (положений христианского эволюционизма). Алгоритмы гомеопатии сопоставляются с качественным исследовательским интервью, дающим, по определению, систематическое, надежное, научное знание, конструирующее реальность в процессе диалога. В приближении к 19 веку созрела феноменологическая модель гомеопатического анализа, в основу которого положены духовно-динамические представления о природе развития хронической болезни. Человек рождается с предрасположенностью к определенному способу реагирования и самовыражения и болеет всю жизнь одной болезнью, принимающей разные формы. На ее развитие влияет врожденная болезненная почва, имеющая корни в предыдущих поколениях. Формируется она вследствие искажения мышления и сознания. Современники С. Ганемана приняли практическую область гомеопатии. Гуманистическая философия ее требует соответствующей методологической определенности.

Автор предлагает к рассмотрению исследовательское поле гомеопатии и психотерапии. Обсуждаются следующие принципиальные положения гомеопатического психоанализа: 1. Духовно-динамическая концепция сущности болезни. Динамическая концепция в объяснении действия лекарств с истинно исцеляющим свойством (несущим энергии разного качества). Пути изучения динамических свойств модели. 2. Жизненный принцип и живая природа человека, множественная его сущность. 3. Принцип воздействия комплиментарным, несущим информацию средством на центральную информационную, формообразующую и развивающую инстанцию. 4. Двойная система специфичности, состояния и средства, расширяет объяснительную систему, предлагает новые пути толкования и интерпретации симптомов. 6. Используется гомеопатическая система описания психо-морфо-функциональных типов с широким спектром изменчивости. На феноменологической основе гомеопатии описаны экзистенциальные психотипы. 7. Уникальная Симптоматология (наука о симптоме и работе с ним) включает ранжирование, упорядочение симптомов и реперторизацию, с кристаллизацией проблем. 8. Миазмология (наука о болезнен-

ной почве), основанная на эволюционной идее, ориентирует на системное типологическое исследование. 9. Инсайт, рассматриваемый как последовательное, постепенное переструктурирование опыта предоставлением информации в виде гомеопатических природных средств, позволяет (по мнению автора) контролировать и дозировать воздействие на основании обратной связи. 10. База поиска расширяется за счет использования разных объяснительных систем философии. Язык феноменологии, имагогики, экзистенциализма, герменевтики получают конкретное практическое содержание. 11. Тактический поиск дополняется практическими алгоритмами. Расширяются возможности типологического описания. С изучением специфичности феномена и выявления эволюционного ядра модели симптомы бессознательного становятся более прозрачными. 12. Суть индивидуального поиска расширяется от символа средства до живой психо-органической сущности. 13. Расширяется представление о объемном голографическом анализе, психо-динамической структуре сознания. Обоснована гелиоцентрическая модель здоровья. Дана трактовка нового символа герменевтической медицины. 15. Обоснована модель творческого саморазвития системы. *Наиболее глубоким в лечебном взаимодействии является работа по самосознанию, выбору оптимальной жизненной стратегии.* Воздействие на живую ткань бытия требует уникальной тонкости, осторожности и понимания нюансов работы. Философия, как единая система миропонимания, эквивалентна глубине знания, которым владеет каждая естественно-научная дисциплина. Система гомеопатического психоанализа выводит на новую ступень осмысленного знания, путем расширения объяснительной системы и предложения практических методологических разработок. Данный метод предложен для лечения болезненной, искаженной почвы человечества и неврозов, лежащих в основе искажения: от классических до смысловых и духовных, основанных на потере веры в природу человека и возможность ее познания. Гомеопатический психоанализ есть порождение экологического сознания и абсолютно новый научный архетип психотерапии, расширяющий границы понимания реальности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМВОЛДРАМЫ¹ В СПОРТЕ

Р. П. Еслюк²

На прием к психологу обратилась мать по поводу своего шестнадцатилетнего сына, у которого возникли серьезные проблемы в спорте. Юноша был вполне самостоятельный, ни на что не жаловался. В свои шестнадцать лет он уже достиг определённых успехов в боксе. Да и вид его вполне соответствовал этому: спортивный, подтянутый, решительный, уверенный в себе, умный. Но при этом он совершенно терялся, как только начинал проигрывать поединки. В это время он делал множество ошибок, чего с ним не происходило на тренировках или когда он побеждал на ринге. В ходе беседы выяснилось, что его тренер совершенно не уделяет внимания психологической подготовке своего воспитанника. Хотя для боевых искусств это очень важно. Здесь можно

порекомендовать книгу семикратного чемпиона мира по карате, киноактёра Чака Норриса «Дзен-буддизм и решение реальных проблем» (4) или книгу русского гения боевых искусств, создателя так называемого «русского стиля» борьбы, А.А. Кадочникова, которая специально целиком посвящена психологической подготовке бойца-рукопашника «Психологическая подготовка к рукопашному бою» [1].

В соответствии с разработанной совместно с О. Б. Колесник методикой постановки цели в кататимно-имагинативной психотерапии [2] нами была выделена так называемая «проблемная зона», поставлен правильный диагноз и была разработана стратегия и тактика психотерапии. В ходе беседы было выяснено, что, хотя проблема

внешне и носила нарциссический характер (страх неудачи, неуспеха), юноша не имел нарциссического дефицита в характере. Это была целостная, сформировавшаяся личность, у которой невротический дефект проявлялся только в одной узкой сфере. На первом этапе психотерапии необходимо было провести коррекцию завышенных ожиданий и страха неудачи. С юношей проводились беседы, в ходе которых предполагалось разрушить его негативный стереотип. При этом использовался метод символдрамы для проработки дефекта, когда юноша представлял реальный поединок на ринге. В то же время, с учётом выделенной проблемы, не было необходимости задействовать весь глубинный ресурс метода символдрамы.

¹ Символдрама или Кататимно-имагинативная психотерапия создана немецким психотерапевтом проф. Ханскарлом Лейнером.

² Еслюк Руслан Петрович – психолог, обучающий психотерапевт Международного общества Кататимного переживания образов и имагинативных методов в психотерапии и психологии (МОКПТО), главный редактор журнала «Символ и Драма», поэт, писатель, автор научных и публицистических книг, статей, монографий. Живет и работает в г. Харькове.

Всего было проведено два сеанса по 50 минут каждый. В начале сеанса обсуждались ожидания юноши и страх его неудач. Акцент делался на том, чтобы показать юноше, что ситуация, когда спортсмен-боксер может проигрывать, вполне возможна, что есть соперники более сильные (тем более, что он был только в начале своей спортивной карьеры) и ситуация, когда спортсмен проигрывает поединок, вполне естественна. Подчеркивалось, что ничего *унизительного* в этом нет, такое случается со всеми и главное, нужно уметь *достойно проигрывать, быть готовым к проигрышу*. Для этого важно, даже проигрывая, уметь собраться и использовать весь свой спортивный арсенал, проигрывая, *быть на высоте*.

Юноша с большим пониманием воспринял предложенные психотерапевтом рекомендации. Кроме того, была проработана проблема бессознательных ожиданий, которая заключалась в том, чтобы суметь сконцентрировать спортсмена на каждом мгновении поединка, увести от слишком богатых возможностей воображения к переживанию *настоящего момента*, как это акцентируется в книге Чака Норриса, где большое внимание уделено дзен-буддийскому варианту целостной концентрации внимания на настоящем. Эти рекомендации также были встречены с большим пониманием со стороны клиента.

Затем начался второй и наиболее важный этап психотерапии, который заключался в представлении по методу символдрамы реального боя с более сильным противником. При этом делался акцент на рефлексии тех установок, которые прорабатывались на предшествовавших беседах с психотерапевтом. В данной ситуации, учитывая

проблему юноши, психотерапевт специально предложил пациенту представить бой с более сильным соперником, когда он должен был бы проиграть, чтобы посмотреть, перешли ли когнитивные установки, которые юноша усвоил в ходе психотерапевтических бесед, в реальные навыки. Иначе говоря, сможет ли он справиться с ситуацией реального боя и не падать духом, даже проигрывая?

Было проведено два представления образов по методу символдрамы продолжительностью по 15–20 минут каждое. Представить образы пациенту предлагалось в завершении каждого сеанса. Юноша представлял реальный бой с более сильным противником, а психотерапевт, сопровождая пациента в его образах, помогал ему как можно более подробно представить ситуацию боя, ситуацию, когда спортсмен проигрывает, противник наступает на него, подавляет своей силой и т. д. Психотерапевт помогал пациенту представить каждую деталь боя как можно более ярко, вывести его на максимальное переживание ситуации спортивной борьбы. Внимание максимально фиксировалось на том, *как юноша держится в поединке*, не теряется ли, может ли выдерживать натиск противника с достоинством, может ли победить, даже проигрывая, т. е. проиграть, используя все свои силы? Если раньше он терялся и не знал что делать, когда противник оказывался сильнее, то теперь, по крайней мере, в образе, он чувствовал себя уверенно и был сконцентрирован на происходящем. Юноша пытался быть сконцентрированным на ходе поединка, а не на том, «как, что и почему». Особенно после второго упражнения, когда пациент представил реаль-

ный бой с более сильным противником, стало ясно, что его проблема решена. Психотерапевт предложил проверить, действительно ли это так, договорившись, что если всё будет хорошо, то юноша больше не будет приходить на психотерапию, но обязательно сообщит, что реальные бои прошли успешно. Если же будут наблюдаться неудачи, то работа будет продолжена.

Через некоторое время психотерапевту позволила мать пациента и сообщила, что соревнования с участием её сына прошли успешно, и поблагодарила психотерапевта за работу.

Это пример использования методов символдрамы в коррекции психологических состояний спортсмена, а также пример правильной постановки психотерапевтического диагноза и планирования стратегии и тактики психотерапии в соответствии с нашими рекомендациями, изложенными в статье О. Б. Колесник, Р. П. Еслюка «К проблеме постановки цели в Кататимно-имагинативной психотерапии» [2].

Литература:

1. Кадочников А. А. Психологическая подготовка к рукопашному бою.
2. Колесник О. Б. Еслюк Р. П. К проблеме постановки цели в Кататимно-имагинативной психотерапии // В сб.: Символ и Драма: сцена психотерапевтического пространства. № 3, 2002.
3. Лейнер Х. Кататимное переживание образов. М.: Эйдос, 1996.
4. Норрис Ч. Дзен-буддизм и решение реальных проблем.
5. Обухов Я. Л. Символдрама и современный психоанализ. Сборник статей. – Харьков: Регионинформ, 1999.

Дао-Дэ Цзин

Глава LXIII

Действуй не действуя.

Делай не делая.

Находи вкус там, где вкуса нет.

Находи большое в малом и многое в немногом.

На зло отвечай совершенством.

Готовься к трудностям, пока легко,

Предвидь великое в пустячном:

Все трудное в мире происходит из легкого,

Все великое в мире происходит из ничтожного.

Премудрый человек никогда не стремится к величию –

И потому может стать великим.

Кто легко раздаёт обещания, тот не заслужит доверия,

Кто многое считает легким, познает много трудностей.

Вот почему премудрый человек все считает трудным –

И вовек не испытывает трудностей.

Перевод В. В. Малявина. Цит. по кн.: Китайская классика: новые переводы, новый взгляд. М.: «Астрель», 2002.

Ψ

МЫСЛИ!

МАСЛОВ ВЯЧЕСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ (1947–2004)

Администрация РМАПО и коллектив кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии с прискорбием сообщает о скоропостижной безвременной смерти доцента кафедры Маслова Вячеслава Михайловича. В 1974 Вячеслав Михайлович закончил 3-й Московский медицинский институт, а затем ординатуру по специальности «психиатрия». В течение многих лет он работал в Институте усовершенствования врачей, был сотрудником отделения сексологии Московского института психиатрии. С 1995 года Вячеслав Михайлович был доцентом кафедры психотерапии. При его непосредственном участии были созданы учебные программы цикла «Сексология», он являлся одним из авторов сборника «Общая и частная сексология. Руководство для врачей» под редакцией проф. Г. С. Васильченко. Вячеслав Михайлович являлся автором более 50 научных работ, опубликованных в отечественной и зарубежной печати. На протяжении многих лет Вячеслав Михайлович был одним из лучших преподавателей сексологии и медицинской сексopatологии. В памяти коллег Вячеслав Михайлович остался как квалифицированный специалист, внимательный доктор и хороший человек. Светлая ему память.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Свидетельство о регистрации ПИ №77 12126 от 22 марта 2002 г.
Учредители: Профессиональная психотерапевтическая лига, Институт повышения квалификации Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, Межрегиональная коллегия врачей

Главный редактор В. В. Макаров, исполнительный редактор И. А. Чеглова, ответственный секретарь И. Ю. Калмыкова

Газета распространяется по подписке и в розницу. Возможна подписка через редакцию.

Адрес редакции: 119002, Москва, ул. Арбат, 51-40а; тел./факс: 275 45 67, e-mail: arzt@online.ru

Полномочное представительство редакции по Украине: Украина, Киев, Б. Хмельницкого, 47, офис 12, ЦПП «Галатейя», (01030) 234 77 61, e-mail: galateya@ukrpost.net

Отпечатано в типографии Sunprint. Тел.: 926 4243.

Заказ 491. Тираж – 5000 экз.