
ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том VII

№ 2

2001

Москва-Павлодар

Редакционная коллегия:

Профессор А.Л. Катков (главный редактор); профессор В.В. Макаров (главный редактор); Е.В. Денисова (ответственный секретарь); А.Н. Рамм (редактор); С.А. Алтынбеков; профессор Ж.А. Алимханов; профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; Ю.А. Россинский; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; профессор А.А. Чуркин.

Редакционный совет:

М. Асимов (Алматы); Н.А. Бохан (Томск); М.Е. Бурно (Москва); М.Х. Гонопольский (Хайфа); Ж.А. Доскалиев (Астана); В.Ю. Завьялов (Новосибирск); Р.Г. Илешева (Алматы); Н.А. Корнетов (Томск); Р. Коцунас (Вильнюс); Г.М. Кудьярова (Алматы); И.Е.Куприянова (Томск); С.Р. Мусинов (Астана); Х. Пезешкиан (Висбаден); В.В. Соложенкин (Бишкек); Л.А. Степанова (Томск); М.З. Таргакова (Алматы).

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано
Министерством печати и массовой информации
Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций
Журнал основан в 1995 году**

**Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.
Телефон (факс): 8(3182) 45-00-56
E-mail: neovitae@nursat.kz**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

**РГКП «Республиканский
научно-практический
центр медико-социальных
проблем наркомании»**

**Том VII
№ 2
2001 год**

**выходит
4 раза в год**

<i>Андреева Н.</i>	
Телесная волновая функция и ее значение для жизне-деятельности человека	7-8
<i>Андреева Н.Г., Бревде Г.М., Кудряшов Н.И.</i>	
СЦД как телесно-ориентированная арт-терапевтическая методика	8-9
<i>Баранников А.С.</i>	
Психотерапия, свобода выбора и культурная традиция	9-11
<i>Безносюк Е.В.</i>	
Культура, психологическая безопасность и психотерапия	11-12
<i>Белорусов С.А.</i>	
Стратегия психологического консультирования посредством электронной почты	12-15
<i>Бурно М.Е.</i>	
К вопросу о терапии духовной культурой в Преображенской психиатрической больнице, в старину (к 35-летию кафедры психотерапии РМАПО)	15-16
<i>Василенко Г.Н.</i>	
Вопросы бессознательного и проблемы феминизма	16-17
<i>Вахромов Е.Е.</i>	
Проблема нормы и аномалии в психологическом консультировании	18-21
<i>Вейн А.М., Корабельникова Е.А.</i>	
Влияние психотерапии на уровень метаболизма головного мозга больных с невротическими расстройствами	21-23
<i>Васютин А.М.</i>	
Сверхнадежный рефрейминг в гипнозе (переформирование психики через кинестетический канал)	23
<i>Гозунова Л.Н.</i>	
Ментальное психосистемное моделирование, матрицы Гроффа и Путь Христа	24-27
<i>Гозунова Л.Н., Яковлева Н.Н.</i>	
Инновация: кардинальная психотерапия в групповом тренинге	28-30
<i>Гозунова Л.Н.</i>	
Системный подход в групповой психотерапии	30-32
<i>Генералова Л.Н.</i>	
Возможности использования методов позитивной психотерапии для осуществления более успешной наркологической реабилитации и психокоррекции	32-34
<i>Егоров Б.Е.</i>	
Классический и клинический психоанализ в России: пути консолидации	34-37
<i>Егоров Б.Е., Донец Е.М.</i>	
Исследование бессознательного у больных с хронической ишемией головного мозга	37-38
<i>Егорова В.М.</i>	
Сочетанное психотерапевтическое и психофармакологическое воздействие при терапии тревожных расстройств (опыт лечебной практики)	39

<i>Егорова В.М.</i>	
Применение мотива «Дом» в методе символдрамы у больных с невротическими расстройствами	40
<i>Кудряшов Н.</i>	
Гипербoreйская система целостного движения. Вопросы оздоровления.	41-48
<i>Катков А.Л.</i>	
Манифесты развивающей психотерапии	48-63
<i>Кузьмина Л.А.</i>	
Современная сексология в образовательных программах для специалистов, работающих с кризисными пациентами	63-64
<i>Куй-Беда В.Ю., Носачев Г.Н.</i>	
О возможности существования интегративной модели музыкальной психотерапии: реалии и перспективы	64-66
<i>Курильченко Н.Н.</i>	
Вселенная ТРСГ	66-68

ПСИХИАТРИЯ

<i>Казаковцев Б.А.</i>	
Проблемы организации психиатрической и психотерапевтической помощи	68-71
<i>Колмагорова В.В., Буйков В.А.</i>	
К вопросу формирования психических расстройств у проживающих в зоне Уральских радиационных аварий и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС	72-73
<i>Петуров И.А.</i>	
К вопросу о роли вегетативных нарушений в соматоформных расстройствах	73-74
<i>Россинский Ю.А., Валивач М.Н.</i>	
Гипоталамус и нарушение психической адаптации у девочек-подростков	74-83

ИНФОРМАЦИЯ

<i>Егоров Б.Е.</i>	
История одной докторской диссертации (кафедральные байки)	83-92
<i>Макаров В.В.</i>	
Итоги X европейского конгресса по психотерапии	92-94
<i>Приц А.</i>	
Информация о III Мировом Конгрессе по психотерапии	94-97
<i>Список мероприятий секции трансперсональной психотерапии на конференции EAP</i>	97-98
<i>Резюме</i>	99-119

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

**RPSE “Republican
scientific - practical center
of medico-social problems
of an addiction”**

**Volume VII
№ 2
2001**

**Published
4 times in a year**

<i>Andreeva N.</i>	
Corporeal-wave function and its value for vital activity of man	7-8
<i>Andreeva N.G., Brevde G.M., Kudrjashov N.I.</i>	
SIM as corporeal-orienting art therapeutic technique	8-9
<i>Barannikov A.S.</i>	
Psychotherapy, freedom in choosing and cultural tradition	9-11
<i>Beznosjuk E.V.</i>	
Culture, psychological safety and psychotherapy	11-12
<i>Belorusov S.A.</i>	
Strategy of psychological consultation by means of e-mail	12-15
<i>Burno M.E.</i>	
To a question on therapy by spiritual culture in Preobrazhensk Psychiatric Hospital, in old times	15-16
<i>Vasilenko G.N.</i>	
Questions of the unconscious and problems of feminism	16-17
<i>Vahromov E.E.</i>	
Problems of norm and anomaly in psychological consultation	18-21
<i>Vejn A.M., Korabel'nikova E.A.</i>	
Influence of psychotherapy on a level of a metabolism of a brain of patients with neurotic disorders	21-23
<i>Vasjutin A.M.</i>	
Fail-safe reframing in hypnosis (reframing of mentality through the kinesthetic channel)	23
<i>Gozunova L.N.</i>	
Mental psycho system modeling, Grof's matrixes and a way of the Christ	24-27
<i>Gozunova L.N., Jakovleva N.N.</i>	
Innovation: cardinal psychotherapy in a group training	28-30
Gozunova L.N.	
The system approach in group psychotherapy	30-32
<i>Generalova L.N.</i>	
Opportunities of use of methods of positive psychotherapy for realization of more successful narcological rehabilitation and psycho correction	32-34
<i>Egorov B.E.</i>	
Classical and clinical psychoanalysis in Russia: ways of consolidation	34-37
<i>Egorov B.E., Donets E.M.</i>	
Research of the unconscious at patients with a chronic cerebral ischemia	37-38
<i>Egorova V.M.</i>	
Combined psychotherapeutic and psychopharmacological influence at therapy of disturbing disorders (experience of medical practice)	39

<i>Egorova V.M.</i>	
Application of motive «House» in a method symbol drama at patients with neurotic disorders	40
<i>Kudrjashov N.</i>	
Hyperborean system of complete movement. Questions of improvement	41-48
<i>Katkov A.L.</i>	
Manifests of developing psychotherapy	48-63
<i>Kuz'mina L.A.</i>	
Modern sexology in education programs for the experts working with crisis patients	63-64
<i>Kuj-Beda V.J., Nosachev G.N.</i>	
About an opportunity of existence of integrative model of music psychotherapy: realities and prospects	64-66
<i>Kuril'chenko N.N.</i>	
“Universe of TRFG”	66-68

PSYCHIATRY

<i>Kazakovtsev B.A.</i>	
Problems of the organization of the psychiatric and psychotherapeutic help	68-71
<i>Kolmogorova V.V., Buikov V.A.</i>	
To a question of formation of mental frustration at residents of Ural radiating accidents zone and at liquidators of accidents on the Chernobyl atomic power station	72-73
<i>Peturov I.A.</i>	
To a question on a role of vegetative disturbances in somatoform disorders	73-74
<i>Rossinskiy J.A., Valivach M.N.</i>	
Hypothalamus and disturbance of mental adaptation at girls-adolescents	74-83

INFORMATION

<i>Egorov B.E.</i>	
History of one thesis for Doctor's degree	83-92
<i>Makarov V.V.</i>	
Results of X Conference of the European Association for Psychotherapy	92-94
<i>Prits A.</i>	
The information about III World Congress for Psychotherapy	94-97
<i>The list of actions of section of transpersonal psychotherapy at conference of EAP</i>	97-98
<i>Summaries</i>	99-119

ПСИХОТЕРАПИЯ

ТЕЛЕСНАЯ ВОЛНОВАЯ ФУНКЦИЯ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Н.Андреева

г. Санкт-Петербург

Наш материальный мир - это взаимоналожения различных волн. Волны бывают разной длины и частоты-все это свойства материи. Чтобы познать мир и самого себя в этом мире - необходимо познать волновую динамику природы. Чтобы вписаться в волновую динамику окружающей среды, природы надо научиться этой волновой динамике. Естественное движение никогда не нарушает наших гармоничных взаимоотношений с окружающим нас миром. Если человек встает на путь гармоничного соответствия природным ритмам, в нем начинают происходить процессы, направленные на оздоровление и омолаживание организма. Он начинает осознавать свое место в жизни, задачи и перспективы.

Тело человека - та же самая "волна". Она вполне подчиняется общим принципам "теории колебаний". Тело человека является перекрещивающимся под определенными углами волнобразными движениями окружающего пространства (И.Ранке), являясь его выражением в самом себе.

Тело является выражением суммы ритмических движений вечно изменчивых и вечно новых волновых функций и их ритмов. Частицы движения, которые были вовлечены в эти ритмы, составляют восходящую и нисходящую части волн. В каждый миг состояние вещества, в котором течет волна, меняется. Внутренние процессы выступают на поверхность, а верхние слои обращаются к глубинам естества. Форма волны выражает сумму движения всего окружающего мира. Волны движутся одна за другой, сменяя друг друга с течением времени. Движение есть причина формообразования, в том числе причина формообразования тела человека. Тело человека - есть "живая волна".

По телесной волне можно определить уровень развития ведущих пластико-когнитивных функций. В зависимости от того, насколько эффективно человек создает волновое движение, можно оценить и уровень его телесного сознания, и степень готовности к управлению тонкими, дифференцированными и сложнокоординационными движениями. Для освоения техники "волны" необходим высокий уровень внимания на самом процессе действия, интуитивное прослеживание развивающегося в теле волнового движения.

Для этого в движение должно быть вовлечено все тело. Телесная волна - это волна, проходящая через весь организм от точки опоры и возвращенная обратно в точку опоры. Волна является природной функцией. В мире все построено по волновому принципу. Посмотрите, как двигаются животные. Они свободно и грациозно обходят все острые углы, никогда не натыкаясь на них (естественно, если животное

здорово). Их мышцы, включаясь в работу, последовательно работают в более экономичном режиме, чем у человека. Но если человек двигается правильно, то он познает всю глубину качественного состава волны. При правильной походке перемещения человека напоминают движения в плотной среде. Всем известно, что при ходьбе в воде любая ошибка в движении приводит к потере равновесия, а также ритма и цикла движения и, наоборот, волнобразное, медленное движение позволяет правильно идти в воде, а по сути гармонизирует отношение человека и окружающей его природы.

Алгоритмcanoобразных изменений задает силовое изменение стоп, соотнесенное с трехмерной динамикой физического центра тяжести человека. Если при ходьбе отсутствует рессорная функция коленного и голеностопного суставов, то происходят дисгармоничные, резкие движения опорно-двигательного аппарата, которые создают в окружающей энергетической среде уплотнения, неравномерности. А по закону действия и противодействия дисгармония окружающей среды воздействует на кости, волну движения костей и позвонков, а через них на внутренние органы человека, нарушая ритмы и цикличность иннервации.

С течением времени организм привыкает к неправильному способу движения, и тогда происходят процессы, которые снижают энергетический потенциал, двигательные энграмммы искажены дополнительной ненужной информацией о движении, сенсорные каналы теряют чувствительность в результате перегрузок, физиологические процессы текут с отклонениями. В результате это приводит к патологиям.

Помимо вышеперечисленных негативных отклонений, отсутствие ритмичной,canoобразной динамики опорно-двигательного аппарата человека говорит о рассогласовании в динамике физического центра тяжести человека и энергетического центра.

То, к чему может привести их диссонансная деятельность, ощущается после удара по телу человека, когда резкое изменение положения тела в пространстве не позволяет вовремя и адекватно отреагировать энергоинформационному резонансному контуру и человек "теряет сознание", то есть осознавание своего тела. То же самое происходит при резких движениях опорно-двигательного аппарата, отзываюсь телесными микросотрясениями и энергоинформационными микрострессами организма. Чтобы устранить этот недостаток походки, нужно обратить внимание на синхронность работы сводов стопы и сводов пальцев ног, задающих алгоритм двигательной волны, а также слитное протекание волны по голеностопам, коленным суставам, поясничному и шей-

ному отделам позвоночника и, далее, к верхнему отделу туловища.

Вегетативная система путем иннервации связана с позвоночником. Поэтому в системе целостного движения уделяется большое внимание правильной динамике не только стопы, но и всего позвоночного столба. Посредством волнообразной динамики осуществляется комплекс взаимодействующих между собой механизмов жизнедеятельности человека.

Кроме этого, ошибки в выполнении волны связаны с существованием искаженного представления об “образе себя”, с неспособностью концентрировать внимание на телесных ощущениях, с неразвитостью психомоторики в целом. Используя технику “волны” телом, мы можем достоверно диагностировать уровни и степень мышечных (психических) зажимов. Визуальное наблюдение за качеством формирования “волны” дает полную картину о “блокадах” в теле.

Обучение волнообразному движению в системе целостного движения происходит по следующим этапам:

1 этап - осознавание собственного тела, мышечных групп и отдельных мышц.

2 этап - обучение занимающихся тонусно-расслабленному состоянию отдельных частей тела и

всего тела.

3 этап - обучение умению передавать телесную волну от точки опоры к периферии и возвращение волны обратно, в исходную точку.

4 этап - обучение умению передавать прямую и обратную волну из одной части тела в другую, постепенно обретая пластичное, “текущее”, непрерывное движение.

5 этап - обучение передавать волну собственного тела партнеру и принимать волну партнера. Пластиность телесной организации при этом - лишь способ идентификации специфического состояния “пластичного сознания”, обладающего в этот момент времени целым рядом специфических свойств.

Осознание собственного тела и его волновой динамики задача сложная. Но, зато, тело способно открыть внутренний и внешний мир, увеличив сенсорные и психические возможности восприятия в более широких диапазонах и гаммах.

Наблюдаемые процессы оздоровления занимающихся подтверждают эффективность методики и обоснованность применения волновых функций тела при решении проблем как соматического, так и психологического характера.

СЦД КАК ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА

Н.Г.Андреева, Г.М.Бревде, Н.И.Кудряшов

Терапевтические усилия *системы целостного движения* (СЦД) направлены на восстановление психической целостности пациента, интенсификацию индивидуационного процесса и устранение оснований базального внутреннего конфликта.

Целостность в парадигме СЦД (так же как обобщенное, нечленимое единство “индивида” в аналитической психологии) предполагает не только и не столько интеграцию содержаний и тенденций сознания, сколько слитность сознательных и бессознательных компонентов психической деятельности. Утрата целостности, дисгармония взаимоотношений духа, души и тела, расщепление человеческого существа, отрыв Я от глубинных корней психики (тотального архетипа самости) – базальный конфликт, первопричина всех прочих (локальных) внутренних конфликтов. Успешность процесса индивидуации (самопознания, восстановления психической целостности) определяет психическое здоровье и полноценность личности, потенциал ее общественной значимости и возможность самореализации.

Концептуально-методологическое ядро СЦД коннотирует с основополагающими принципами восточных традиций, телесно-ориентированной терапии, арт-терапии, трансперсональных психотехнологий и опирается на юнгианские представления о структуре психики и процессе индивидуации. Более того, при

разработке и усовершенствовании методики тщательно изучались и учитывались как достоинства, так и недочеты упомянутых терапевтических парадигм. Тем не менее, СЦД, ни в коем случае, не компилирует какие бы то ни было аспекты или приемы телесно-ориентированных и арт-терапевтических технологий. Определение СЦД (телесно-ориентированная арт-терапевтическая методика) подразумевает не генетическую, а архетипическую связь, обращение к одним и тем же априорным структурам и механизмам психики.

Философские, метапсихологические и методологические представления парадигмы ЦД восходят к духовно - телесным традициям древних гипербореев - легендарного народа, населявшего, согласно Авесте, ведическим и библейским источникам, обширные территории Скандинавии и Северо-запада России. Гиперборейские индивидуационные практики, в отличие от восточных, контекстуальные культуры и ментальной организации человека России или Запада; это благоприятствует их адаптации и эффективному применению. Виток спирали, дыхание волны, плывок рыбы, извив змеи - символ самости в гностических и алхимических учениях - графическое воплощение ключевого, путеводного к психоидной вершине, архетипа гиперборейского мифопоэзиса. Это воплощение - пространственно-временная

доминанта (“телесная волна”), организующая статику и динамику тела адепта гиперборейской системы. Статика телесной волны несовместна с фрустрационными зажимами, лордозами, кифозами, сколиозами, невротическим гипертонусом или гипотонусом мышечных групп и отдельных мышц, “мышечным панцирем” - и предусматривает правильное расположение тела в пространстве, гармоничное распределение усилий, нагрузок, обменных и энергетических процессов в мышечно-суставно-костных структурах, равновесие нервной системы (как центральной, так и вегетативной). Динамика телесной волны - раскрепощенное, пластичное, “открытое” тело, равномерная загрузка мышц и суставов, выверенный режим активизации рефлекторных зон и сенсорных систем, оптимизация метаболических процессов в мышечных, суставных и нейронных формациях, соотнесенность изменений суставных углов, перемещения центров тяжести тела и его частей с моделью движения, соответствие модели движения состоянию душевной гармонии, ритмике и метрике природы, законам существования двигательной системы человека. Основополагающие элементы траекторий движения “открытого” тела и его частей - графические воплощения архетипа самости (спиралевидные и волновые фигуры) - не только символ психической и психофизической интеграции в западной ментальной парадигме, но и *quinta essentia* как строения организма, так и большинства физиологических процессов.

Один из главных терапевтических принципов СЦД – корреляция состояния систем и фрагментов систем организма человека (мышечных групп, отделов позвоночника и т.п.) и факторов психической деятельности.

Начальный этап терапевтического курса - на-

стройка (частичная реставрация) тела, осанка которого должна по завершению этапа соответствовать статике, а модели движения - динамике телесной волны и реальным возможностям организма. На следующем этапе тело становится инструментом раскрытия интегративных тенденций психики, главным участником и средством коммуникации трансцендального диалога. Программа терапевтических мероприятий предусматривает глубокую пластическую релаксацию, опыт трансперсональных переживаний, перефокусировку сознания в глубинные регионы психоидной реальности.

Психологический ракурс индивидуационного процесса СЦД - активное взаимодействие, диалог терапевта - инструктора с бессознательным пациента на языке континуальной компоненты мышления. Беспрепятственно интернированный в психику участника пластического действия, доминирующий в бессознательном и “произносимый телом”, перестраивающий состояние сознания символ самости инициирует вторжение символизируемого архетипа в психическую деятельность. Яркие и позитивные переживания архетипической реальности, онтических структур бытия ассилируются сознанием и трансформируют его, становятся отправным и корректирующим элементом трансцендентальной функции, соединяющей сознание и бессознательное в процессе психической интеграции личности.

Опыт практического применения и усовершенствования методики показал ее высокую эффективность в восстановлении психической целостности пациентов и ликвидации ряда психологических проблем (внутриличностные и межличностные конфликты) и соматических заболеваний (артроз, артрит, остеохондроз, вегетоз, гипер- и гипотонии).

ПСИХОТЕРАПИЯ, СВОБОДА ВЫБОРА И КУЛЬТУРНАЯ ТРАДИЦИЯ

А.С.Баранников

Расширение географических и этнических границ психотерапии как одной из наук о достижении благополучия человека, превращение ее в транскультуральную является, несомненно, одним из завоеваний XX века. Это заставляет сегодня, как и 100 лет назад, обращаться к проблеме свободы выбора и отношения к традициям, создающим своеобразие той или иной нации, той или иной культуры. Решение этой проблемы требуется не только при разработке научной позиции психотерапевта, но и при определении позиции гражданина, ответственного за происходящее в мире. Важно определить, в чем сходство и отличие этих двух позиций.

Попытаемся раскрыть отношение к традиции через рассмотрение альтернатив: новое - старое, антропоцентризм - социоцентризм, исключительность - присоединение, социосинтонность - социодистонность.

Альтернатива новое - старое может быть представлена в виде расхожей фразы «новое - это хорошо забытое старое», которая иллюстрирует значение традиции, привычки, стереотипа в восприятии и мышлении. Эта фраза может означать истинное проникновение в суть вопроса, а чаще в жизни мы ее встречаем как клише, подчеркивающее не столько характеристику чего-то, сколько собственную компетентность. Говорящий эту фразу сообщает, что находит опору в понимании чего-то, в оценке чего-то, в узнавании чего-то. Одновременно он подчеркивает, что новое не требует глубокого проникновения, так как смысл его известен. Произнося эту фразу, выделяя понятное в новом, мы находим опору для себя, мы находим подтверждение собственной значимости, используя как синонимы традиционное - понятное.

Поскольку традиционность означает проверен-

ность предыдущим опытом, подтвердившим значимость и пользу, главным критерием истинности все же являются опыт и персонифицированные представления о пользе и значимости, определяющие целесообразность. Для кого это полезно и для кого значимо? Для достижения каких целей это полезно и значимо, что это дает, к чему это ведет? Следовательно, традиция должна проверяться опытом повседневной жизни и целесообразностью. Так формируется своеобразный сплав, называемый индивидуальным стилем поведения, национальным менталитетом, национальным характером, означающим и способ выживания, и историческую перспективу, и силу, и ограниченность.

Начало развития системы европейского психотерапевтического образования в России совпало по времени с этапом осмысливания российскими психотерапевтами, как и всем обществом, самих себя, своих особенностей, силы и слабости своих традиций. Эта ситуация в очередной раз обнажила одну из вечных проблем психотерапии - проблему сочетания индивидуальности и открытости. Ведь попытка перенесения какой-либо системы взглядов из одной культуры в другую неизбежно сталкивается с проблемой - бороться ли ей с существующей традицией или нет. Здесь следует учитывать, что большая часть населения социосинтонна, что означает усвоение коллективного мировоззрения, каким бы оно ни было. И Россия многократно доказывала всему миру, что, принимая от Запада формы, она неизменно наполняла их своим собственным содержанием.

Одним из фокусов проблемы сочетания индивидуальности и открытости является альтернатива антропоцентризму - социоцентризм. Употребление этих понятий, именно, как альтернативных, делает проблематичным сосуществование столь разных миров, столь разных психотерапий, столь разных традиций, имеющих свои религиозные, социальные, географические, историко-культурные корни, и заставляет задуматься о том, что универсально, что объединяет. Объединяет, прежде всего, цель - достижение благополучия человека. Именно этой целью должны быть измерены национальные традиции для общественного прогресса и традиции психотерапии, осваивающей новые территории для прогресса психотерапии.

Если представить себе возможность выбора, стоящего перед человеком и перед психотерапией, как выбора между антропоцентризмом, приводящим к отчуждению, и социоцентризмом, приводящим к конформизму, то это — плохой выбор. Многократные подтверждения этому мы видим на примере русской эмиграции, испытывающей проблемы адаптации за рубежом и частично возвращающейся на Родину, включая творческие личности, самоактуализирующиеся в понятии А.Маслоу [1]. Эволюция представлений о выборе человека может выглядеть как смена тезисов: человек ограничен в своем выборе; человек свободен в своем выборе; человек свободен в своем выборе, но его выбор ограничен. В этих определениях мы сталкиваемся с двумя универ-

салиями, характеризующими особенности реализации человеком своих возможностей, с двумя важными характеристиками интенционности бытия (4): это актуализация (как выявление себя) и регламентация (ограничение). Взаимодействие со средой, частью которой является терапевт, предполагает усиление, либо ослабление этих двух тенденций. Особого внимания заслуживает обоснование "принципа регламентации". Ведь даже акт рождения как выявления себя всегда связан с ограничениями и преодолением препятствий. "Интернальная регламентация", как правило, связана с необходимостью преодоления самим пациентом-клиентом дефицита внутренних или внешних условий, необходимых для раскрытия ресурсов, для улучшения адаптации и компенсации. Примером "экстернальной регламентации" в клинической психиатрии является образ душевнобольного, которого мы зачастую видим даже в 21 веке через решетку психиатрической больницы. Аутентичность может быть представлена как проявление свободы выбора, отражающего высокую степень согласованности с самим собой и внешним миром (3,6), как индивидуальный баланс актуализации и регламентации. А развитие и становление отражают путь, который проходит человек к этому балансу, постоянно его согласовывая. Признание "принципа регламентации" означает, что "воля к смыслу", о которой говорил Виктор Франкл (3), содержит и "волю к ограничению".

Если рассматривать исключительность и присоединение как эквивалентность антропоцентризма и социоцентризма применительно к индивидуальности, как защитные стили поведения [5], то возникает вопрос о том, как соотносятся эти индивидуальные и социальные характеристики?

Способен ли человек, стремящийся выразить свою индивидуальность, жить в социоцентрическом обществе? Способен ли человек, стремящийся к присоединению, жить в антропоцентрическом обществе? Ответы на эти вопросы также неоднозначны, как неоднозначны и многообразны конструкции смыслов и стилей, формирующих индивидуальное защитное поведение, поиски опоры, как неоднозначна и многообразна уникальность историко-культурных традиций, раскрывающих человека.

В какой степени и по отношению к чему я выявляю себя, проявляя исключительность и присоединение? Всегда ли присоединение означает потерю локуса контроля? Каков мой собственный баланс актуализации и регламентации в присоединении либо в проявлениях исключительности? Осуществление такого согласования означает реализацию принципа не абстрактной, а реальной индивидуальной свободы выбора. Человек, как и общество, не зависимо от того, какой защитный стиль поведения предпочитает, всегда дополняет его элементами другого стиля. Человек антропоцентрического общества, основываясь на традиции, ищет гармонию-благополучие в исключительности, а человек социоцентрического общества, основываясь на противоположной традиции, ищет гармонию-благополучие в присоединении

к социуму, в слиянии с социумом. Вопрос, лишь в том, поможет ли общество в обоих случаях проявить себя, реализовать свою феноменологическую почву-опору, достичь своего собственного благополучия, своего собственного баланса?

На этот вопрос помогает ответить анализ опыта повседневной жизни, раскрывающей значение религиозных, политических, идеологических, культурных, психотерапевтических и других традиций для гармонизации человека.

Психотерапевт всегда лишь помогает пациенту-клиенту сделать свой выбор: уйти ли от мужа, который пьет; бросить ли работу, которая не дает морального удовлетворения; менять ли страну, в которой живешь. Мы ставим пациента перед выбором, но не делаем его за него.

Психотерапия, стремясь к достижению благополучия человека, не может игнорировать его почву-опору, его выбор, его традицию. Она не может делать выбор и за страну, и за культуру. Она обязана подойти к проблеме национальной традиции с таким же уважением, как и к феноменологии индивидуальности. Психотерапевтическую парадигму (детерминизм-индетерминизм) выбирает также сам человек.

Эти размышления приводят к необходимости рассмотрения альтернативы социосинтонность - социодистонность как характеристики отдельной личности и характеристики психотерапии. Социосинтонность означает усвоение *традиции*, усвоение стереотипа мышления и поведения. "Социосинтонная психотерапия", в отличие от социодистонной, учитывает почву-опору конкретного пациента - клиента с его социоиндивидуальными особенностями. Она всегда оставляет выбор за человеком - как поступить в конкретном случае, в чем искать гармонию. "Транскультуральная социосинтонная психотерапия" понимает этнос как защитно-приспособительный стереотип поведения, проверяющий опытом повседневной жизни целесообразность традиций.

Использование традиций означает, ни в коем случае, не ломку, а учет, предполагающий в отдельных случаях бережное оживление, либо преодоление че-

рез понимание! Иначе немец не хотел бы оставаться немцем, англичанин - англичанином, русский - русским, а чеченец - чеченцем.

Если представить себе, что это именно так, то стоит ли путать гражданскую позицию и научную позицию психотерапевта?

Общей у этих двух позиций является цель - достижение благополучия человека. Но, все же, они существенно отличаются. Гражданская позиция может предполагать борьбу против тоталитаризма, против нарушения прав человека, против насилия, разрушение мифов. Задача же психотерапии состоит в том, чтобы направить усилия на создание «помогающих отношений» [2], на создание условий, способствующих собственному правильному выбору. В позиции психотерапевта меньше активных импульсов к переустройству и действию, но больше акцент на глубоком понимании, сострадании, сопереживании. Именно эти качества делают психотерапевтическое участие в судьбе общества не менее действенным, чем обычное гражданское, но более глубоким и последовательным. Если гражданская позиция более ориентирована на действие, то психотерапевтическая - на потенциал действия. Трудно все же бывает установить грань, которая отделяет в одном и том же человеке психотерапевта и гражданина мира.

Литература:

1. Маслоу А.Г. *Дальние пределы человеческой психики*. - СПб.: Евразия, 1997.
2. Роджерс К.Р. *Взгляд на психотерапию. Становление человека*. - М.: Прогресс, 1998.
3. Франкл В. *Психотерапия на практике*. - СПб.: Ювента, 1999.
4. Хайдеггер М. *Бытие и время*. - М.: Ad marginem, 1997.
5. Ялом И. *Экзистенциальная психотерапия*. - М.: Класс, 1999.
6. Langle A. *What are we looking for when we search for meaning // Ultimate Real. Meaning*, 1998, V. 15. № 4.

КУЛЬТУРА, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Е.В.Безносюк

В чем смысл и какова цель нашей жизни? Куда движется наша цивилизация? Такие вопросы волнуют сейчас человеческое общество, и поиск ответа на них ведется и в науке, и в культуре, являющихся, как нам кажется, главными достижениями нашей цивилизации.

Культура - это не некое поле развлечения и досуга, это система мировосприятия и действия общества, в котором не только присутствует психологическая составляющая, но и психопрофилактическая, психо-

коррекционная и психотерапевтическая функция.

Российский кризис, о котором так много говорится, и который так сильно по всему ударили, наступил не только в политике и экономике, но, что для нас особенно важно, в душах людей. Утрачена система прежних духовных ценностей и ориентиров, а новая так и не создана. Как мы воспринимаем и переживаем мир, так и живем.

Сейчас обсуждаются различные подходы в литературе к исследованию того, что происходит в лю-

дях и в обществе, различные стратегии и тактические пути реконвалесценции и реабилитации.

Массовая культура, развившаяся как уродливое проявление технократической цивилизации, основанной на культе потребления, создает систему ложных ценностей, где нет места здоровому человеку с благополучной семьей, активно навязываясь в СМИ и рекламу, болезненно искажает картину мировосприятия и мироощущения, патологически влияет на психику человека. В информационно-психологическом поле, как никогда прежде, оказывается зависимость каждого члена социума не только от информации, но и от тех эмоциональных потоков, которые несут СМИ. Тенденции работы СМИ сегодня - это отбор преимущественно отрицательных, сомнительных фактов, событий, связанных с разрушительными проявлениями, направленных на сильные переживания и острые отрицательные эмоции страха, ужаса, либо на шокирующие зрительные образы и описания, связанные с областью секса. Это отражает концепцию работы СМИ: информация должна вызывать очень сильный, резкий отклик человека, она должна его выводить из уравновешенного состояния, будоражить. Средства массовой информации фокусируются на деструктивных событиях насилия и разрушения. В результате создается ложная стрессовая реальность, виртуальный трагический мир, который насыщен опасностью, угрозой, агрессией. Эмоциональный спектр у человека складывается из ощущений угрозы, тревоги, страха, обиды, недоумения, беспокойства, разочарования и зависти, провоцируемой скандальными сведениями о жизни сильных мира сего. Все это приводит к торможению интеллектуальной, творческой, нравственной активности человека, замедляет или искаивает его личностный рост и

формирование независимой индивидуальности. Таким образом, выполняется заказ на человека потребительской цивилизации, невротизированного человека, тревожного, постоянно чем-то неудовлетворенного, разбалансированного, завидующего и алчущего, - для того, чтобы он постоянно искал способы купирования духовной неустойчивости, которая в нем должна поддерживаться. Инстинкты должны не просто развязаться в человеке – они должны бушевать в нем, бороться, пожирать: жажда успеха, экзотических сексуальных впечатлений, напитков и продуктов, тяга к сверхкомфорту и погоня за модой. Идеальный потребитель для рынка – человек не просто мечущийся, а потерянный в вихре неограниченных возможностей, раздавленный шквалом соблазнов – патологический больной.

Не только цели, но и пути и средства, как ни неожиданно на первый взгляд, и у психотерапии и у культуры – очень близки, и в значительной степени совпадают. Несмотря на общий корень слов, психотерапия давно вышла за пределы, положенные ей «материнскими» специальностями – психологией и психиатрией. Психотерапия давно не является ни медицинской или психологической дисциплиной, ни практической этикой, ни философским учением, ни духовно-пастырской службой или религией, ни искусством. Психотерапия – часть современной культуры и одна из ее функций, способ целостного постижения и решения проблем человека. Богатство культурного космоса, сложность явлений внутренней жизни человека определяют многообразие психотерапевтического опыта, его высокую степень внутренней дифференциации. Как заметил В.Франкл, «у каждого времени свои неврозы – и каждому времени требуется своя психотерапия»

СТРАТЕГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

С.А.Белорусов

Знамением нашего времени является ускорение и многообразие коммуникаций. Интернет за последние 10 лет стал существенным сегментом человеческой культуры. В нем предоставлены принципиально новые возможности не только в сфере распространения информации, но также инструменты, которые могут быть использованы для разрешения психологических проблем и облегчения эмоциональных страданий потенциальных потребителей консультативных услуг. Мы рассмотрим один из таких инструментальных видов помощи, который в мировой практике получил различные названия – e-mail – психотерапия, виртуальная психотерапия, кибер-терапия и проч.

Для тех, кто пока не знаком с Интернет терминологией, воспроизведем основные понятия. Сетью (с большой буквы) мы называем совокупность пересе-

кающихшихся информационных каналов, возможных для восприятия с помощью подсоединеного к телефонной сети (с маленькой буквы) персонального компьютера, оснащенного модемом. Информация в форме электромагнитных импульсов хранится на компьютерах с огромными запасами памяти – серверах. Для помещения своей информации в Сеть, пользователь может обратиться как к бесплатным серверным услугам, так и оплаченному варианту размещения своего ресурса. Пользовательский доступ ко всему объему информации, хранящейся в мировой Сети, осуществляется через специализированную фирму – провайдера коммутационной связи и в настоящее время стоит от 0,5 до 1 доллара в час. Времяпрепровождение и деятельность человека в Интернете разнообразны. Возможен “серфинг” – целесообразный или бессистемный просмотр интересных информа-

ционных центров. Увлекательна деятельность по созданию подобного собственного центра, который называется сайтом и может представлять собой “визитную карточку”, ознакомительную “домашнюю страницу”, сборник тематических материалов и ссылок на другие сайты, полемический форум или даже виртуальный магазин. Возможности для виртуального общения открывают особые программы – “болталки – чаты”, где происходит оживленное личностное, хотя и обезличенное – под псевдонимами, взаимодействие на любые темы. Однако самой простой и недорогой формой Сетевых контактов является e-mail – электронная почта. При известных навыках, каждый может завести себе “почтовый ящик” на бесплатном сервере. Такого рода “ящик” состоит из индивидуального адреса написанного латиницей, в котором обязательно посередине присутствует знак “@”, а также доступа к чтению поступивших ответов. Несомненным удобством является то, что, пользуясь выбранным паролем, доступ к своему почтовому ящику возможен с различных компьютеров – из дома, с работы, из компьютерных салонов и из любой страны. Вышеприведенных знаний и возможностей вполне достаточно для того, чтобы стать клиентом майл-психотерапии. Для осуществления деятельности в качестве консультанта потребуются еще три фактора:

- Наличие собственного сайта, в котором будет содержаться информация о личности, методах и формах консультирования;
- “Раскрутка” этого сайта, то есть своего рода Сетевая рекламная кампания для оповещения потенциальных потребителей о возможности такого рода услуг;
- Достаточность мотивации, времени и опыта для оказания виртуальной психологической помощи.

Именно опыт подобной деятельности является предметом настоящей статьи. За год практики в качестве Сетевого психотерапевта, нами осуществлялась консультативная работа в формате e-mail с обратившимися за помощью более чем 100 респондентами. Время подвести предварительные итоги, поделиться наблюдениями и предложить возможные практические рекомендации, не претендующие, впрочем, на окончательный менторский авторитет.

ЗАПРОС

Преобладающим поводом для обращения является эмоционально фрустрирующая ситуация. Наиболее распространенным сюжетом являются затруднения в межличностных отношениях. Проблемы одиночества и застенчивости, переживание неблагоприятных факторов окружения на работе и в семье – эти мотивы доминируют над запросами, относящимися к личностному росту или совсем уже редко встречающимися информационными запросами.

КОНТИНГЕНТ

Процентное соотношение респондентов по полу

было практически одинаковым, что контрастирует с нашим опытом очного консультирования, в котором на 3/4 преобладают женщины. Возможно, здесь сыграло роль то обстоятельство, что при тенденции чаще обращаться за психологической помощью, в настоящее время женщин – пользователей в Рунете примерно в 10 раз меньше, чем мужчин. Возрастной диапазон респондентов варьировал от 15 до 50 лет, средний возраст – от 20 до 30 лет.

ПРОЦЕСС

Консультирование, представлявшее собой обмен месседжами (посланиями по электронной почте) в большинстве случаев ограничивалось тремя-четырьмя взаимо-сообщениями размером 6-8 строк. Переписка большего объема и большей длительности происходила не более чем в 10% случаев. Темп консультативного процесса был достаточно интенсивным, то есть почти всегда обмен посланиями происходил в течение суток.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Для оценки эффективности нашей деятельности, спустя месяц после получения последнего месседжа от клиента, нами отправлялся стандартизованный опросник. Анализируя обратную связь, следует признать, что ответы пришли менее чем на половину разосланных вопросников. При этом большая часть содержит положительную оценку прошедшего процесса консультирования, средний балл в ответе на вопрос о степени удовлетворенности ожиданий составил 60-70%. Случались и ответы откровенно разочарованного содержания, они составляли примерно 1/10 от полученных ответов. Достоверное большинство респондентов отрицательно отнеслись к перспективе оплаты консультирования.

Ниже мы приводим пример ответа – заполненного вопросника.

1. Сколько Вам лет: 26
2. Ваш пол: женский
3. Обращались ли Вы в прошлом к психологу или психотерапевту: Да, также психологические группы.
4. Вы пользуетесь Интернетом дома или на работе: Дома, на работе
5. Можно ли сказать, что на момент обращения к нам, Вам было действительно плохо: Было ощущение, что я в западне. Можно, конечно, и там жить, но качество жизни
6. Что Вы ожидали, обращаясь за помощью: Понимания
7. Были ли Вы разочарованы нашим ответом: Нет.
8. На сколько процентов оправдались Ваши ожидания после получения ответа от нас: 80 %.
9. Последовали ли Вы рекомендациям, если такие содержались в нашем ответе: В моем случае было вразумление, которому я вняла.
10. Продолжаете ли Вы переписываться с нами в настоящее время: Нет
11. Если бы Вы получили иной ответ, продолжи-

ли бы Вы переписываться с нами: В случае если бы разговор перешел на анализ личности. Накопилось много ситуаций, в которые постоянно попадаешь.

12. Исключаете ли Вы для себя возможность вновь обратиться к нам за помощью: Замучила бы совесть, было бы легче не чувствовать себя обязанной, а иметь возможность заплатить.

13. Порекомендовали бы Вы нас своим друзьям, будь у них возможность пользования Интернетом: Наверное, да.

14. Как бы Вы отнеслись к введению системы разумной оплаты психологических услуг в Интернете: Приветствовала бы. Я могу платить 2\$ за каждый ответ.

15. Что бы Вы могли конкретно нам пожелать и порекомендовать для нашей дальнейшей деятельности?

ТЕХНОЛОГИЯ

Как и в традиционной кабинетной психотерапии, консультант является адресатом запроса. Первый месседж потенциального клиента мы называем “ициональным посланием” и разделяем их на два типа. Первый тип состоит из короткой фразы, порой из двух слов, например - “депрессия, помогите”. Тональность посланий первого типа варьирует от степени отчаянного крика до нейтральной констатации факта. Второй тип иционального послания представляет собой развернутое письмо, с массой подробностей, иногда даже с приложениями данных обследований, результатов тестов и проч. Соответственно, тактика Сетевой помощи при этих двух типах, будет различной. Интересно, что по мере возникновения устойчивого сетевого контакта, под которым мы понимаем обмен посланиями с наиболее распространенным интервалом в одни сутки с перерывом на выходные, методы помощи перестают так сильно отличаться друг от друга и на отдаленных этапах, примерно через 3-4 письма, они становятся практически неотличимыми друг от друга.

Работа в ициональной фазе должна включать в себя несколько компонентов. В ответном письме, каким коротким бы оно ни было, следует уверить автора:

- что он попал именно по месту назначения
- что в любом случае попытка помочи будет предпринята

- в случае очевидной ошибки (письмо педагогического или юридического содержания следует перадресовать автору, указав ему те или иные возможные источники ответов)

- письмо должно вызвать у человека ощущение того, что он действительно понят или специалист делает все, чтобы наилучшим образом обеспечить это понимание

- письмо должно вызывать надежду
 - письмо должно побудить человека к ответу.

Это общие требования. Затем, в зависимости от того, к какому типу – условно короткому или длинному, относится ициональное послание, целесооб-

разны следующие приемы.

В ициональной фазе первого типа следует вчитаться в каждое слово, попытаться представить ведущую мотивацию автора – отчаяние или любопытство, и в своем ответном письме попросить уточнить, что имелось автором в виду под тем или иным словом. Здесь уместно прямое цитирование, по формуле. Когда Вы пишите “....” что вы имеете в виду? Возможно, не так уж необходимо просить указать пол, возраст, место жительства, давность стрессовой ситуации в первом ответном письме. Просьба просто уточнить или определить слова – “любовь”, “невроз”, “проблемы” без поспешного сбора формальных сведений оказывается весьма полезной по двум соображениям.

Первое. С самого начала предполагается незыблемый и основной принцип майл-терапии – консультируемый в значительно большей степени, чем при личных встречах несет ответственность за свои слова, за их корректный и точный выбор. Ведь здесь отсутствуют интонации, тембр, невербальные каналы контакта, представлен лишь текст. И работа в том направлении, чтобы текст вначале максимально полно и истинно отражал сущность состояния человека, а затем, в результате консультирования, становился терапевтическим фактором – именно это и составляет суть Сетевого консультирования. Драгоценность написанного слова является основной установкой консультанта и постепенно прививается, становясь очевидной для сетевого клиента.

Второе соображение в пользу воздержания от немедленного сбора информации состоит в том, что Сетевое консультирование представляет собой форму терапевтического альянса, когда оба участника сначала выбирают совместное поле деятельности, методы, возможности и лимиты. Участники альянса равноправны и степень доверительности, проявляющаяся выбором объема открываемой информации, определяется клиентом. Об успехе данного подхода можно судить по тому, что в ответ придет более детализированное письмо, подтверждающее или опровергающее первичные предположения консультанта.

При втором, “длинном” типе иционального послания, из него следует выделить наиболее стрессовые моменты, болезненные точки, ключевые фразы и строить свой ответ исключительно вокруг них. Так как в послании и без того содержится избыток информации, здесь следует целенаправленно сузить поле взаимодействия, вычленив из большого текста то, что может быть собственно предметом консультирования. Иногда это могут быть внешне не самые впечатляющие фразы. В этом случае ответ должен быть настолько короче, насколько нам желательно получить реплику респондента. Как показывает опыт, второе письмо в этом типе соответствует по своему объему ответу специалиста. Клиент в данном случае может быть несколько разочарован, зато он приобретает реалистическое представление о возможном объеме оказываемой помощи.

Мы подробно остановились на стратегии работы с ициональными посланиями, так как она, в отличие

от традиционной кабинетной терапии, где первые встречи зачастую представляют собой прелюдии к дальнейшей работе, в виртуальном формате ультимативно определяет степень эффективности всего процесса. Так происходит потому, что майл-терапия, почти всегда неотложная терапия, фокусированная на оптимизацию сравнительно узкой по отношению ко всему спектру личности “проблемной сферы”.

Трудно рекомендовать стереотипы длительной работы средней фазы терапевтического процесса. Здесь мы можем предложить лишь предварительные соображения. В ряде случаев вполне оправдана предоставляемая клиенту возможность “выплакаться” в условную, однако персонализированную “пустоту виртуального мира”. Обнадеживающие результаты получены при использовании практики повседневных поведенческих заданий с последующим обсуждением успеха или неудач. Значительно менее эффективна психодинамическая парадигма. Это связано с явлениями неконтролируемого трансфера, которому в формате “почтовой терапии” затруднительно придать позитивно терапевтическое звучание. В этих случаях респондент (ка) от обсуждения своих проблем и исследования путей их разрешения начинает в своих посланиях все больше места уделять предположениям или вопросам относительно позиции и личности своего консультанта. Как показывает опыт, для предотвращения перерождения кибер-терапии в заурядный “виртуальный роман” специалисту следует чаще возвращать клиента к первоначальному запросу или его адекватному переформулированию на текущий момент. При этом нередко возникает сопротивление, которое может привести к окончанию терапевтического взаимодействия.

В качестве самого общего принципа, имплицитно пронизывающего консультативную деятельность, мы пользуемся парадигмой, имеющей источником вековую мудрость Экклезиаста - «Нет ничего нового под луной». Так, для невротика характерен следующий сюжет психической активности: «Я такой же, как все или хочу быть не хуже других. А вот моя ситуация необычна и мучительна, так почему это случилось со мной?». Так вот, в процессе майл-терапии происходит постепенная смена “центра тяжести дистресса” и выстраивается следующая терапевтическая стратегическая ось - «Наоборот. Ваша личность глубоко необычна, драгоценна и абсолютно неповторима. А вот ситуации, которые происходят с нами, представляют собой клише, встречающиеся в при-

роде с разной степенью частоты. Все, что Вы переживаете, уже наверняка было с кем-то другим. Давайте подумаем, как те людиправлялись с подобным опытом и как можете Вы принять этот вызов Судьбы».

В данной терапии нет завершающего этапа. Консультирование заканчивается, когда клиент перестает писать. Из этого факта напрашиваются три вывода:

- 1) Клиент разочаровался в терапии;
- 2) Клиент успешно разрешил свои проблемы;
- 3) Мотивации и ресурсы клиента оказались недостаточными для прохождения терапии.

Для выяснения какой из этих вариантов имел место, и получения обратной связи мы настоятельно рекомендуем через месяц после последнего месседжа клиента направить ему послание с вопросом о том, насколько изменились внутренние и внешние факторы, побудившие его обратиться за помощью и просьбой оценить эффективность оказанной помощи. Иногда подобное послание специалиста вызывает позитивные эмоции клиента и побуждает его к продолжению майл-терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ДИСПОЗИЦИЯ КЛИЕНТА

Препятствием для получения классической психотерапии служит либо отсутствие качественной информации, либо недоверие, возникшие в результате неудачного опыта терапевтического взаимодействия “в реале”, либо отсутствие средств. Косвенным подтверждением последнего обстоятельства служит тот факт, что абсолютное большинство респондентов пользуются компьютером на работе, то есть в рабочее время и бесплатно. Безусловными преимуществами майл-терапии для клиентов является ее легкая достижимость, бесплатность, анонимность и отсутствие каких-либо обязательств по отношению к консультанту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ДИСПОЗИЦИЯ КОНСУЛЬТАНТА

Для специалиста, особенно начинающего, опыт осуществления майл-терапии с ее такими особенностями как высокая степень эмоциональной насыщенности, зачастую драматичность, возможность четкого отслеживания происходящего и постепенный подбор наилучшей стратегии, может оказаться весьма ценным в познании мотиваций судьбы и личностных путей выхода из кризисных ситуаций.

К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРОЙ В ПРЕОБРАЖЕНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ, В СТАРИНУ (К 35-летию кафедры психотерапии РМАПО)

Проф. М.Е.Бурно

г. Москва

Преображенская психиатрическая больница, построенная в 1808 году, – одна из давних клинических баз кафедры. Покойный Владимир Евгеньевич

Рожнов так любил ее двор, сад, старинные толщенные стены, живущий в них и сейчас дух старой российской психиатрической интеллигенции. Здесь ра-

ботали в 19-м веке Зиновий Иванович Кибальчич, Василий Федорович Саблер, Павел Петрович Малиновский, Сергей Сергеевич Корсаков, многие другие прекрасные психиатры, но все, кого я уже назвал, больше или меньше, занимались с душевнобольными Терапией духовной культурой в формах того времени. Малиновский называл эту Терапию в ту пору “Лечением посредством впечатлений”.

Кибальчич в своей короткой заметке “Известие о доме сумасшедших в Москве и о способе лечения в нем употребляемом” (Журн. Императорского Человеколюбивого Общества, 1821, № 11, с. 91-102), как о важном для лечения больных, пишет, что “к югу находится большой сад, где больные прогуливаются”, “среди сада есть строение для купанья в теплой и холодной воде”, что “неподалеку от сего заведения находится церковь, в которую позволяет ходить больным”.

О клинико-психотерапевтическом оживлении души больных в те времена я уже рассказывал в своей “Терапии творческим самовыражением” (1989, 1999). Здесь – лишь небольшая добавка. В “лечении посредством впечатлений”, как описывает это Малиновский, входили такие занятия, как чтение, письмо, рисование, науки, рукоделия, занятия на открытом воздухе, полевые работы, садоводство, огородничество (Малиновский П.П., Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике. –Москва: Медгиз, 1960. 216 с.). Конечно, это душевно трудная врачебная работа. Малиновский предусмотрительно трезво отмечает, что “здесь надо изучать характеры, наклонности”, “здесь врач должен сделаться мучеником для того, чтобы быть исцелителем; здесь он должен испытывать и переносить пренебрежение, отвращение, насмешки, ругательства, иногда даже толчки и удары жалких существ, которым он хочет сделать добро” (с. 174). Но, зато, потом больные “ведут себя прилично, каждый чемнибудь занимается, вместо кривляний, криков и прыжков, вы изредка подметите здесь только гримасу”. Посетители не раз говорили Малиновскому: “Вы привели меня в какое-то заведение, где учатся разным предметам и рукодельям, тут нет ни одного сумасшедшего” (с. 197). Далее следует, в виде примера, убедительный клинико-психотерапевтический случай хронического бредового больного, старика, дьячка Кринова, как “случай помешательства, изле-

ченного почти одними только занятиями”. Понятно, под “излечением” имеется в виду погашение обострения.

Мне скажут сегодня: зачем всё это, когда “кривляния, крики и прыжки” надежно купируем психотропными препаратами. Конечно, купируем. Всякое возбуждение сегодня погасим. Но, если еще попытаемся оживить более или менее пригашенную лекарствами душу хотя бы элементами Терапии духовной культурой, то у тяжелых хронических больных будет совершенно иное качество духовной жизни, возникнет в душе какой-то смысл, поистине человеческое светлое переживание. И, по-видимому, поменьше пойдет лекарств на такое лечение. Во всяком случае, там, где сегодня в психиатрических больницах России врачами и их помощниками, хотя бы в некоторых тяжелых отделениях, продолжается, понятно, современными способами Терапии духовной культурой, подобная помощь больным, – эти отделения так же, как и в старину, не похожи на обычные психиатрические не только тишиной, но и душевной, человеческой оживленностью, а то и тихой целительной одухотворенностью многих своих больных. Дело тут в том, что здоровые благополучные люди могут тешить себя творчеством, а могут и не тешить, заниматься чем-то другим, оставаясь вполне здоровыми. Многие же душевнобольные (особенно те из них, кто сложен душой и тягостно переживает свою неполноту) творчеством наущно лечатся-собираются и без него чувствуют себя совсем плохо. В основе сегодняшней Терапии духовной культурой (в широком смысле) – креативный (творческий) механизм (подробнее об этом в моей “Клинической психотерапии” (2000). Благодаря этому механизму человек в творчестве делает что-то неповторимо *по-своему*, именно *творчески*, оживляя-собирая этим свою личность, становится всё более живым, одухотворенным человеком с любовью и смыслом в душе. Если тяжелый депрессивный “хроник” почует хоть ненадолго эти искры творческого вдохновения, у него возникает убежденность, что вот ради чего жизнь его имеет смысл. Убеждался в этом и в собственной работе, и, особенно, наблюдая, время от времени, психотерапевтическую работу преподавателя нашей кафедры Владимира Елизаровича Смирного, уникального психотерапевта тяжелейших больных, здесь, в Преображенской больнице.

ВОПРОСЫ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО И ПРОБЛЕМЫ ФЕМИНИЗМА

Г.Н.Василенко

В последнее время, в прессе и средствах массовой информации муссируется вопрос развития феминизма в России. Сразу хочу оговориться, что автор, ни в коем случае, не подвергает сомнению вопросы равноправия, неприкосновенности личности и, вообще, разнообразных прав человека, априори, по-

лагая их непреложной истиной.

Если рассмотреть феминистическое движение, с точки зрения психологии и психоанализа, невозможно не заметить множество несоответствий и несущих разнотесей. Логический анализ происходящих в обществе процессов наталкивает на мысль, что различ-

ные женские движения и организации не имеют под собой прочной философской платформы и осмысленной направленности. Ни у кого не вызывает сомнений, что правовое и фактическое равноправие полов необходимо для дальнейшего развития общества. Однако формы и тенденции его развития требуют подробного психоаналитического разбора.

Отвечая на вопрос, что же происходит сегодня в странах “развитого феминизма”, невозможно не заметить проблемы, относящейся к области классического и клинического психоанализа. Для понимания психологической подоплеки проблемы необходим краткий экскурс в историю развития общества, а, точнее, в историю развития взаимоотношения полов.

Историческое угнетение женщины в любой культуре, не вызывает сомнений. Еще в средние века теологами всерьез велись дискуссии – “есть ли у женщины душа?”, а социальное и моральное неравенство закреплено законодательно. Инквизиция самозабвенно охотилась на ведьм, потеря секулярной невинности считалась преступлением, а социальная и профессиональная научная деятельность, практически, приравнивалась к нравственному уродству. Существование двойных моральных стандартов, ограничения в профессиональной деятельности и различные скрытые формы дискриминации невооруженным взглядом можно заметить и сегодня. Критический взгляд на научную, творческую и общественную деятельность женщины в нашей стране перетасовывается с критикой западного и Американского варианта развития женских движений.

Психологическая подоплека развития женского “Эго” в этот период, несла в себе развитие феноменальной приспособляемости не только к внешним условиям среды, социальным нормам поведения, но и к изучению психосоциальных аспектов мужского полоролевого поведения. Несколько тысячелетий женский род подспудно изучал личность и глубинную сущность мужской психологии, оставаясь, практически, в тени развития философии, науки и культуры. Женская психология личности непознанный аспект мировой науки, так как даже выдающиеся женщины, вошедшие в историю, действовали посредством манипулирования и за счет социального статуса своих мужчин.

В последнее столетие, освободившись от большинства ограничений, отдельные личности и многочисленные женские движения ринулись отстаивать собственную полноценность. Итак, по какому пути стало развиваться коллективное женское бессознательное?

Хотелось бы привести несколько наиболее демонстрационных и ярких примеров.

Наиболее четко тенденции развития коллективного бессознательного улавливает кинематография, выявляя и визуализируя направление общественных процессов. Американские и новые Российские фильмы четко показывают стремление некоторой части феминизированных женщин до-

казательную самоидентичность, так сказать, на исконно мужском поле, исходя из глубинных секуально-аггрессивных инстинктов. Стать более мужественными, чем самые “крутые” десантники, смелыми до потери инстинкта самосохранения, искоренившими инстинкт материнства до готовности убивать. Таким образом, демонстрируя себе, окружающим, всему миру главную идеологию фильма, женщина может все, в исконно кастовой, “эталонно” мужественной профессии Война – героини кинематографа демонстрируют лозунг “Я лучший мужик, чем любой мужик”. Причем, произнесенные после победного боя фразы, даже в смягченном варианте не теряют свою фрейдистскую остроту. Подобного рода демонстрации являются классическим примером неправильной или мозаичной идентификации. В русском народном варианте это звучит в такой поговорке как: “Я и лошадь, я и бык, я и баба и мужик”.

В реальной жизни, тем временем, радикально настроенные феминистки идут служить в армию, занимаются силовыми видами спорта, бизнесом и большой политикой, успевая, иногда, попутно выполнять и природную функцию деторождения. Воздержимся, однако, от принципиальной нравственной оценки происходящих перемен в современном обществе. Рассмотрим отдельные аспекты системы психологических ценностей и внутриличностных конфликтов.

Казалось, чего же не хватает для будущего тотального торжества феминизма? О чём говорят психоаналитику многочисленные судебные процессы о сексуальных домогательствах, возрастающее число различных сексуальных перверзий или модный в последнее десятилетие стиль унисекс? Нивелирование половых различий, как бы, очередной раз отдаляют нас от углубленного понимания существа проблемы во взаимоотношении полов. В очередной раз, стороной обходится вопрос базисного осознания различий как физиологических, так и психологических. Вывод напрашивается один: женщина бессознательно научилась поступать как мужчина, думать как мужчина, быть мужчиной, взяв на себя несвойственную психологическую и полоролевую функцию. Подобного рода тенденции отдаляют психологию и психоанализ от понимания базиса женского бессознательного, выявления внутренних резервов и сильных сторон творческой личности женщины. Основой дальнейшего социального, профессионального, эмоционального направления развития индивидуальности требует осознания и изменения не только патриархальных стереотипов, но и разработки новых философских концепций.

Так каким должно быть движение феминизма в России? Скорей всего, на этот вопрос должны дать ответ, именно, психология и психоанализ, так как в их руках находятся средства и методики исследования базисной бессознательной деятельности личности.

ПРОБЛЕМА НОРМЫ И АНОМАЛИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Е.Е.Вахромов

г. Москва

Аномалия, прежде всего, это то, что выходит за пределы нашего понимания, требует изменения привычных реакций, выработки нового ответа. Прежде всего, “аномалия” - это понятие, претендующее на то, что оно является именем некоторого процесса, наблюдаемого в действительности. Отсюда вытекает, что это **понятие формируется “наблюдателями”, выносящими суждение по поводу наблюдаемого ими процесса.**

“Все люди смертны, я – человек, следовательно, я умру”, в первом приближении кажется истинным умозаключением. Однако христианин вряд ли сочтет это умозаключение важным для знания жизни, так как, с точки зрения христианства, Иисус “воскрес на третий день”, и этим сделал предпосылку неоднозначной. С научной точки зрения, очень высока вероятность того, что это суждение истинно, но истиной оно может стать только тогда, когда умрет последний из живущих людей, а тогда просто некому будет выносить суждение об истинности этого умозаключения. Так же не существует строго научных доказательств и того, что все когда-либо жившие люди умерли.

Утверждение о том, что чье-то **поведение является аномальным, девиантным означает, что:**

Во-первых, есть “наблюдатель” - субъект, высказывающий это суждение (который, как правило, считает себя нормальным и правомочным высказывать подобные суждения);

Во-вторых, есть объект, к которому относится высказывание (в данном случае этим объектом является Другой, иной субъект);

В-третьих, есть признак, по которому, с точки зрения высказывающегося, наблюдается отклонение от нормы;

В-четвертых, в случае исследования поведения и наблюдатель и наблюдаемый – это люди в конкретной социальной ситуации, сформированные в определенной культурной среде и являющиеся носителями своих установок, обладающие определенным мировоззрением.

Следовательно, любое подобное суждение является субъективным, оценочным. Заметим так же, что не являются редкостью случаи, когда “вор кричит: держи вора!”, то есть отклонение по какому-либо признаку декларируется, но не наблюдается. Выше приведенные рассуждения показывают, что во избежание произвола необходимы специальные процедуры общественного контроля над процессом установления истинности подобных суждений. Такие процедуры существуют на уровне **обычаев, норм права, медицинской этики и деонтологии.**

Прежде всего, отметим, что объектом наблюдения является **субъект**. С точки зрения анализа объекта, следует выделить его свойства, отношения, закономерности существования. Трудности возникают и

при изучении значительно более “простых” объектов, но основным свойством объекта, которым является человек, является его субъективность, понимаемая как спонтанность, изменчивость, произвольность. Особенно, это касается психологического исследования, когда в центре внимания находится не какой-либо орган или ткань, а **психическое** и его проявления. В психиатрии некоторые формы “постоянства” в поведении человека называются **симптомами**, а наличие нескольких симптомов на протяжении определенного времени квалифицируется как **синдром**. На основании наблюдения симптомов и синдромов, **врач**, обладающий квалификацией и допуском (то есть официально уполномоченный обществом выносить подобные суждения), может выносить суждение о наличии болезни или отклонения в развитии.

Первое замечание, которое необходимо сделать в этом месте, касается характеристики “наблюдателя”. Он находится в некотором отношении к объекту наблюдения и может занимать по отношению к нему равное, подчиненное или доминирующее положение. Например, на приеме у психолога, мама может высказать предположение, что поведение ее сына ненормально, например, это может звучать так: “он совсем отился от рук, совсем меня не слушает”. Если сыну этой мамы еще нет 14 лет и на приеме он, в свою очередь, выскажет предположение о том, что что-то “не так” в поведении его мамы, то первое из высказываний будет рассматриваться как более весомое, а высказывание сына будет рассматриваться как подтверждающее мамину гипотезу. Первый необходимый вывод заключается в том, что у каждого высказывания есть свой “вес”, связанный со статусом высказывающегося.

Второе замечание связано с признаками, по которым производится оценка поведения. Высказывающийся наблюдатель оперирует теми или иными нормами, например, прокурор или адвокат будут оперировать нормами права, закрепленными в законах и, в конечном итоге, решения об истинности их суждений принимаются в судебной процедуре, носящей соревновательный характер. Психиатр или психотерапевт будут оперировать нормами, закрепленными в Международной классификации болезней (МКБ-10) и в случае сомнений в истинности своих гипотез (которые формально являются высказываниями) должны выносить их на рассмотрение экспертных комиссий, которые уполномочены (в рамках определенных процедур) проверять правильность применения действующих норм. В отличие от правовой процедуры, где обвиняемый в процессе имеет формально равные права с обвинителем, в медицинской процедуре это не всегда так. Эксперты оперируют формальными данными исследований, данными истории болезни и правовыми актами, пациент рассматривает

ся, как правило, лишь как свидетель собственной судьбы. В приведенном выше случае с мамой на приеме у психолога, ее суждение основывается на нормах неформализованных, существующих в рамках именно этой конкретной семьи и психологу не известных. В подобных случаях нельзя исключать и того, что в рамках обычай и норм этой семьи могут нарушаться законодательно закрепленные права ребенка, и эти нарушения могут считаться внутри семьи “естественными”. Если исследование необходимо, следует начинать с гипотезы, представляющейся более весомой в первом приближении, и в итоге должен торжествовать здравый смысл, интересы ребенка и закон.

Третье замечание касается ситуации, в которой совершается действие и в которой осуществляется высказывание. Одно и то же действие, поведение, может рассматриваться как нормальное или аномальное, в зависимости от того, в какой ситуации оно осуществляется. Так, рассказы веселых историй и анекдотов приветствуются на дружеской вечеринке, но вряд ли будет считаться нормальным во время траурного мероприятия или на производственном совещании. Интимные прикосновения к женщине уместны, если она этого хочет сама, и это происходит в подобающей обстановке, в противном случае это может трактоваться как насилие или оскорбление. Высказывание об отклонении от нормы в поведении в домашних условиях по своим последствиям отличается от того же заявления, сделанного на приеме у психиатра или в суде.

Четвертое замечание относится к тому, что общество предъявляет человеку разные требования, в зависимости от культурных традиций и возраста: то, что считается приемлемым для младенца или ребенка не будет приемлемым для юноши или взрослого человека, но может стать вновь приемлемым для глубокого старца. То же касается и культурных традиций: на отдыхе в мусульманской стране необходимо быть внимательным к традиции и не появляться на публике, например, с обнаженным торсом; в то же самое время появление не полностью раздетым в среде натуристов, опять-таки, будет ими воспринято как отклонение от нормы.

Важное значение в оценке соответствия поведения норме имеет фактор осознанности. Поступок, совершенный под воздействием аффекта, или в болезненном состоянии, как правило, оценивается иначе, чем продуманное и осознанное действие. На бытовом уровне часто поступок, совершенный под воздействием спиртных напитков рассматривается как заслуживающий снисхождения, в то же самое время в юридической практике этот фактор может привести к утяжелению наказания.

Система норм имеет тенденцию к усложнению. Общегосударственные законы регулярно пересматриваются и уточняются, над ними надстраивается система межгосударственных норм и стандартов, в каждом отдельном регионе развивается специфическая “местная” система норм в виде региональных законодательных актов и практики истолкований

норм более “высокого” уровня, дополняемая обычаями и традициями. Действительность описывается все более “подробно”, но претензии на абсолютную полноту описания и нормирования всех ее форм наталкиваются на ограничители в культуре, языке, формальных процедурах принятия и “ осуществления” норм, и в индивидуальном к ним отношении.

Говоря о системе норм, следует иметь в виду, что она имеет не только ограничительный, карательный характер, но и **защитительный**, причем, не только по отношению к социуму, но и по отношению к отдельным людям, не укладывающимся в нормативы по тем или иным причинам. Например, если бегство ребенка из дома связано с внутрисемейным насилием, его госпитализация может не только способствовать снятию стресса со всех участников кризисной ситуации, но, и помогает поставить всю ситуацию под контроль общества и закона. В некоторых случаях, когда аномалия в поведении попадает под действие норм уголовного права, судебно-медицинская экспертиза может признать поступок результатом болезни, которая требует лечения, а не наказания; или результатом аффекта, что смягчает тяжесть наказания во многих случаях. Необходимо иметь в виду, что в некоторых случаях отклоняющееся поведение является единственным возможным для данного субъекта решением совокупности проблем, найденным в результате многочисленных проб и ошибок, несмотря на общественное порицание или даже законодательное преследование. Это, особенно, касается тех семей, где “семейные сценарии” закрепляют укоренившиеся садо-мазохистские тенденции и способствуют их “трансляции” следующему поколению семьи.

В результате действия описанных выше тенденций каждый человек, и, прежде всего, ребенок, становится все более зависимым от социальных институтов и их конкретных представителей, определяющих “индикаторы развития”, соответствие или несоответствие человека тем или иным нормам, и тем – судьбу человека. Это требует не только гарантий правовой защиты детства, но и высокой нравственно-этической позиции от каждого человека и специалиста, причастного к процессу воспитания.

Формальное применение нормативных документов психиатрии и психотерапии позволяет влюбленному подростку, ищущему спасения души монаха, сосредоточенного на решении проблемы ученого признать больными, особенно, если это, по тем или иным причинам, “устраивает” их ближайших родственников. Опыт работы автора в практической психологии показывает, что все возрастающее число родителей, чьи дети растут и развиваются в быстро меняющейся действительности нашей страны, и поэтому часто демонстрируют непривычные для старшего поколения образцы поведения, обращается к психологам и психиатрам с целью удовлетворительным образом концептуализировать **свою тревогу** за будущее своих детей. И, часто, случается так, что переходящее отклонение в поведении ребенка в со-

чтании с высокой тревожностью и мнительностью родителей может направить мысль и действия психолога в ложном направлении. Часто родителям просто “требуется” диагноз для самоуспокоения, так как даже “дурная” определенность воспринимается ими легче, чем неизвестность и неопределенность. Если желание психолога показать свою компетентность выражается в подобном случае в демонстрации широты своих познаний в области МКБ-10 или, например, психоаналитических концепций, то это может привести к формированию образа болезни, а затем, иногда, и самой болезни. Получение “вторичного выигрыша” ребенком в подобной ситуации в виде повышенной заботы, внимания часто приводит к генерализации представлений о себе, как о “больном” и включению этого представления в Я-концепцию, с дальнейшим развитием по истероидному типу.

Чрезмерное внимание некоторых родителей к нормам, их непременному достижению и следованию предписанным образцам иногда приводит к специальному расстройству психики, **“нормопатии”**. Фактически, эти люди страдают и могут считаться больными, однако обществу такая группа населения “выгодна”, поэтому такая форма поведения одобряется и поддерживается. М.М. Решетников рассматривает “нормопатию” как одну из форм нарциссизма у тех, кто пытается всегда и во всем соблюдать “абсолютную” нормальность, которая, в этом случае, есть проявление защитных механизмов личности. Для нормопатов характерно, прежде всего, навязчивое требование соблюдения норм от других, при этом нормопат перестает быть одиноким в своей ситуации, получает удовлетворение от “общественного признания” своей трагедии, представляющей подвигом, и заставляет своих в семье и на работе испытывать чувство вины.

Вышеизложенное побуждает нас в завершение разговора обратить внимание на **представления о норме и аномалии в психологическом консультировании**.

Современный человек знает, что если у него возникли проблемы с компьютером, то ему требуется помочь со стороны мастера фирмы, специализирующейся на ремонте компьютеров; проблемы с конкурентами в бизнесе побуждают обратиться к экономистам и юристам; если возникают проблемы с телом или внутренними органами, то следует проконсультироваться с врачом. В последние годы выяснилось, что если возникли проблемы с психикой, то лучше обратиться к психологу. Те, кто находит у себя проблемы с душой или духом, - более склонны к общению со священнослужителями; обнаруживающие “порчу” или “сглаз”, - скорее обращаются к “зинарке” или в салон “магии”. Люди идут к психологу, предполагая найти у него **знание**, намереваясь использовать это знание, а, часто, и самого психолога, для того, чтобы решить свои проблемы. Из этого отнюдь не следует, что они готовы рассказать психологу всю правду, только правду, и ничего, кроме правды; кроме того, далеко не все из них располагают для этого необходимыми выразительными средствами

и способностями. Из этого следует, что им не всегда удается получить искомое, даже если оно у психолога есть.

Процесс психологического консультирования, в первом приближении, представляет взаимодействие двух людей, психолога и клиента. Началом процесса является визит клиента и предъявление им **проблемы**. Первая сторона процесса консультирования – **клиент** практического психолога, который считает себя вполне нормальным человеком, хотя, иногда, может сомневаться в этом. Однако те трудности и проблемы, с которыми ему приходится сталкиваться, побуждают его тратить свое время, а часто и деньги, для поиска тех, кто может дать ему необходимые знания, поможет облегчить “тяжоты” жизни. В норме, современный клиент знает, что длительно действующие стрессоры, нерешаемые проблемы, могут сделать его пациентом психиатра, поэтому, из опасения такого развития событий, он предпочитает стать клиентом практического психолога. Как правило, родные и близкие клиента первыми замечают некоторые изменения в его поведении, **аномалию**, вызывающую у них затруднения и тревогу, и, если не происходит удовлетворительного взаимного приспособления к этим изменениям, воспринимаемого всеми как удовлетворительный результат, побуждают клиента обратиться к психологу. Клиент не имеет профессиональных знаний в области практической психологии, поэтому его ожидания, как правило, завышены в отношении результата, занижены по отношению к оценке сложности и продолжительности процесса, он не имеет тяги к совместной работе и собственным в ней усилиям, мало осведомлен о возможных побочных последствиях. Самостоятельное изучение клиентом специальной литературы приводит, как правило, к мистификации взглядов на процесс и усугубляет трудности психолога.

Вторая сторона в процессе – **психолог**, получивший соответствующее необходимое образование, считающий себя обладателем знаний о человеке и мире, законах их взаимодействия и развития, имеющий практический опыт применения этого знания. Это убеждение позволяет ему считать себя вправе воздействовать на других людей, способствуя их движению к тому, что он считает психической нормой, психологическим здоровьем. В норме это убеждение психолога подкрепляется, помимо диплома, сертификатами о дальнейшем усовершенствовании, учеными званиями и степенями, публикациями, и, самое главное, практическим опытом эффективной работы, о котором клиенту известно по отзывам заслуживающих доверия и уважения лиц. Психолог полагает, что клиент осведомлен менее его об этих законах, или, что в силу тех или иных причин, знания клиента в этой области, частично или полностью, ошибочны; при этом психолог допускает, что в других областях знания соотношение может быть иным.

Такого рода взаимные предубеждения (убеждения, предшествующие началу процесса), основанные на сведениях из различных источников (газеты, журналы, телевидение, опыт родственников и знакомых),

позволяют все большему количеству психологов и клиентов вовлекаться в процесс взаимодействия. На основе предубеждений формируются ожидания сторон в отношении друг друга, хода процесса и его результатов.

Важным фактором, который отражается скорее в художественных произведениях, чем научных, является непредсказуемость результатов взаимодействия, особенно, отдаленных последствий. Это связано не только с тем, что у психолога может не хватить знаний, умений и сил в конкретной ситуации; не только с тем, что ему не всегда удается передать нужное знание клиенту (и никогда – полностью), но и с тем, что существует третья сторона процесса – **наблюдатели**. Важнейшими из наблюдателей являются (1) родные и близкие клиента (непрофессиональные Н.); (2) лицо (организация), осуществляющее супервизию работы психолога (профессиональные Н.). Все они имеют собственные представления о норме и аномалии, ожидания по поводу хода и результатов процесса; обладают возможностями, так или иначе, вмешиваться в процесс, воздействуя на его участников, течение и, следовательно, результаты. Это делает и динамику, и результаты процесса труднопредсказуемыми. В глазах непрофессионального наблюдателя, занятие практической психологией может выглядеть аномалией: кто-то с кем-то разговаривает, общается “за деньги”. Еще более странным выглядит “желание” психолога общаться с “ненормальными” людьми, если же выясняется, что психолог хочет им помочь вернуться к норме, не давая им лекарств и не выписывая больничных листков, то, часто, у непрофессионального наблюдателя возникает вопрос, а не болен ли сам психолог?

Позицию наблюдателя обязан занимать и сам психолог. В качестве психолога, он осуществляет воздействия на клиента с целью получения социально приемлемого результата. В качестве наблюдателя, он рассматривает весь процесс без фильтров социальной приемлемости.

Консультирование – это сложный динамический процесс, разворачивающийся во времени, во многих случаях, вовлекающий в это взаимодействие других людей, доступный наблюдению и внешнему вмешательству. В этой связи, можно говорить об открытости ситуации психологического консультирования, ее структуре, контексте и динамике. Говоря о контексте, автор имеет в виду, что ситуация консультирования является подсистемой, пересечением жизненной ситуации психолога и жизненной ситуации клиента,

все возникающие взаимоотношения являются, прежде всего, реальными, действуют на все другие стороны жизни всех вовлеченных в ситуацию консультирования лиц.

Считается, что процесс психологического консультирования осуществляется в связи с существованием “**пограничной области**”, зоны риска, между психической нормой и болезнью, которая характеризуется представлениями об акцентуации характера, пограничных состояниях и т.п. Прежде всего, в фокусе профессионального интереса практического психолога должен быть вопрос, является ли проблема, аномалия, предъявленная клиентом в начале процесса консультирования, проявлением патологии, болезни (и, тогда, долг психолога – передать клиента соответствующим специалистам), или же речь идет о разновидности нормы.

В фокусе процесса консультирования находятся представления сторон о норме и аномалии в мышлении, сознании, поведении, общественной жизни. Эти представления, являющиеся **артефактами** процесса, опосредуют взаимоотношения сторон: конкурируют, подвергаются эмоциональной оценке и анализу, процедурам верификации и фальсификации в связи с собственными проблемами сторон и динамическими особенностями процесса консультирования.

Результатом процесса, в норме, является трансформация первоначальных представлений сторон друг о друге и о рассматривавшихся нормативных представлениях. В худшем случае, этого не происходит. Более отдаленным результатом консультирования могут быть и изменения в поведенческой сфере. Процесс разворачивается в обществе, в существующем правовом поле, в конкретной культурно-исторической среде, которые задают сторонам нормы, ограничения и образцы организации самого процесса консультирования, и требования к его результату.

Литература:

1. Абрамова Г.С. *Психологическое консультирование*. – М.: Academa, 2000
2. Вахромов Е.Е., *Психологические концепции развития человека*. – М.: МПА, 2001.
3. Вахромов Е.Е. *Психологическая коррекция аномального поведения / Прикладная психология и психоанализ*, 2000, №№ 3, 4.
4. *Психотерапия: Новая наука о человеке*. - /Редактор-составитель А.Притц. – М.: Академический проект, 1999

ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ МЕТАБОЛИЗМА ГОЛОВНОГО МОЗГА БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.М.Вейн, Е.А.Корабельникова

г. Москва

Современный подход к изучению патогенеза невротических расстройств подразумевает стремление к объединению физиологических и психологических сторон в изучении механизмов их развития, т. е. раз-

работка методологии психофизиологических исследований при неврозах. Одним из новых перспективных методов исследования больных с психогенными расстройствами становится методика измерения

уровня постоянных потенциалов.

Уровень постоянных потенциалов головного мозга – это устойчивая разность потенциалов милливольтного диапазона, существующая между мозгом и электрически индифферентными точками, а также между различными областями мозга, период колебаний которой превышает минуты и часы. Основной вклад в генерацию уровня постоянного потенциала вносят потенциалы гемато–энцефалического барьера и мембранные потенциалы нервных и глиальных клеток. Поскольку создание и поддержание разности концентраций ионов на мембранах требует затрат энергии на работу против диффузационного градиента, интегральная величина уровня постоянного потенциала позволяет оценить интенсивность церебральных энергозатрат (1). Это доказано рядом экспериментальных исследований, свидетельствующих о том, что его величина коррелирует с показателями энергетического обмена: (1, 2, 4, 6, 7, 8). Поэтому, повышение уровня постоянного потенциала в какой–либо области головного мозга отражает увеличение энергозатрат в этой области, тогда как его снижение указывает на обратную тенденцию (1, 5). При заболеваниях, связанных с развитием функционального напряжения, наблюдается нарастание УПП головного мозга. Изучение уровня постоянного потенциала при невротических расстройствах касалось лишь отдельных невротических синдромов. Так, по данным Н.В.Панамаревой и В.Ф.Фокина (3), отмечалось достоверное повышение уровня метаболизма головного мозга при тревожно–фобических и тревожно–депрессивных расстройствах. Изучения же особенностей метаболизма головного мозга в целом при невротических нарушениях, специфики его реагирования на воздействия различных факторов, а также динамики в процессе психотерапевтического воздействия до настоящего времени не проводились.

Целью настоящей работы явилось исследование изменений церебральных энергозатрат методом анализа УПП головного мозга при невротических расстройствах и их динамики после проведения курса психотерапии. Обследовано 12 пациентов с различными формами невротических расстройств и 8 здоровых испытуемых в качестве группы сравнения. Регистрация УПП проводилась с помощью специализированного аппаратно–программного комплекса “Нейроэнергон – 2”, включающего 5-ти–канальный усилитель постоянного тока, неполяризуемые хлорсеребряные электроды, IBM – совместимый компьютер и программное обеспечение. Референтный электрод располагался на запястье, активные – вдоль сагиттальной линии в лобной, центральной, затылочной, правой и левой височной областях.

В дополнение к фоновой регистрации УПП применялись нагрузочные пробы: вербальная (ВП), невербальная (НП), эмоциональные (позитивная и негативная) (ПЭ и НЭ), эмоционально – стрессовая (С), гипервентиляционная (Г), проба на актуализацию психологического конфликта (К). Каждая проба выполнялась в течение 2 минут, гипервентиляционная – 3 минуты. Для выполнения вербальной пробы ис-

пытуемому давалась инструкция мысленно составить 7 слов, каждый из которых содержит по 7 букв. Суть невербальной пробы состояла в том, что обследуемому предлагалось мысленно представить объемную геометрическую фигуру в трехмерном пространстве (куб) и мысленно вращать его в разные стороны. Эмоциональные пробы подразумевали воспроизведение ранее пережитых ситуаций, положительно и отрицательно эмоционально окрашенных. Воссоздание эмоционально – стрессовой ситуации осуществлялось по методике Курта – Левина (оценка уровня притязаний). Проба на актуализацию конфликта осуществлялась только в группе неврозов индивидуально для каждого пациента на основании изучения его конфликтных зон в процессе психотерапевтической работы.

Уровень постоянного потенциала здоровых был позитивен по отношению к руке, по сагиттальной линии минимален в нижне–лобной области, увеличивался к вертексу и уменьшался к затылку, в височных областях он был меньше, чем в центральных. Отмечалось достоверное возрастание уровня постоянного потенциала здоровых при воздействии положительных эмоций, стресса, гипервентиляции.

Выявлено достоверное возрастание УПП в группе неврозов (первое исследование) по сравнению со здоровыми ($p<0,05$). УПП больных с невротическими расстройствами показал достоверно меньшую реактивность на вербальную, невербальную, гипервентиляционную пробы и пробу с положительными эмоциями и противоположную тенденцию – в ответ на воздействие эмоционального стресса и на пробу с негативными эмоциями.

В результате психотерапевтического лечения (второе исследование) УПП в группе неврозов достоверно снижался, а по характеру реагирования на нагрузочные пробы становился достоверно ближе к таковому у здоровых.

Таким образом, невротический конфликт переводит головной мозг человека на иной, более высокий уровень метаболизма, что, по–видимому, является одним из условий формирования “порочных кругов” при неврозах, а, следовательно, и аутокинеза или саморазвития болезни. Вместе с тем, в условиях невротических расстройств метаболизм головного мозга, по нашим данным, становится менее реактивным на различные воздействия за исключением тех, которые в той или иной степени актуализируют психологический конфликт. Проявлением этого может являться нарушение адаптации к меняющимся условиям среды, развивающееся при любом варианте невротических нарушений. Результатом психотерапии является не только достоверное снижение УПП, но и восстановление его реактивности на функциональные нагрузки, что позволяет использовать исследование УПП как один из методов объективизации эффективности психотерапевтического воздействия.

Литература:

1. Баба–Заде А.А. и соавт. Анализ уровня посто-

янного потенциала головного мозга как метод оперативного и текущего контроля состояния спортсменов. Теория и практика физической культуры. – 1989, № 5, С. 42 – 44, 64.

2. Клименко Л.Л., Фокин В.Ф., Коломина Л.Н. Связь параметров перекисного окисления липидов с уровнем постоянного потенциала головного мозга крыс. Биофизика. – 1987, т. 36, вып. 4, С. 689 – 690.

3. Пономарева Н.В., Фокин В.Ф., Разыграев И.И. Клиническое применение метода анализа уровня постоянного потенциала головного мозга. Современное состояние методов неинвазивной диагностики в медицине. – 1996, С. 37-40.

4. Фокин В.Ф. и соавт. Связь электрических реакций головного мозга с процессами перекисного окисления липидов при патологическом старении. Бюллетень эксп. биол. мед.-1989, Т. 59, № 6, С. 682 – 684.

5. Фокин В.Ф., Пономарева Н.В. Оценка энергозатратных процессов головного мозга человека

с помощью регистрации уровня постоянного потенциала. Современное состояние методов неинвазивной диагностики в медицине. – 1996. - С. 68-72.

6. Fokin V.F., Ponomareva N.V, Klimenko L.L. Dynamics of catabolic processes in the human brain and development of psychopathologic reaction in aging and degenerative diseases. 8 Sardinian conference on neuroscience.-Villasimius,Cagliari, Italy, 1995, P. 54-55.

7. Ponomareva N.V. et al. Neurophysiological parameters and the level of cortisol in normal aging and Alzheimers disease. 15 Österreichischer Geriatrie – Kongress mit internationaler Beteiligung. Wien. 1996, P.27.

8. Somjen G.G., Rosenthal M. Evoked sustained potentials and oxidation of intramitochondrial enzymes in normal and in pathological states. Origin of cerebral field potentials:Internet. Symposium, Muenster, Germany.- Stuttgart, 1979.- P. 164-174.

СВЕРХНАДЕЖНЫЙ РЕФРЕЙМИНГ В ГИПНОЗЕ (ПЕРЕФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИКИ ЧЕРЕЗ КИНЕСТЕТИЧЕСКИЙ КАНАЛ)

А.М.Васютин

г. Чебоксары

Самый главный результат, к которому ведут пациента все известные психотехнологии, – добиться подчиняемости и временной обезволенности, снять сопротивление и создать доверительные отношения с ним. И в этом плане моя подготовка к сеансу гипноза в полной мере решает эти проблемы.

После введения в гипнотическое состояние я провожу своему пациенту пробу на невозможность опустить руку и на невозможность ее остановить. Это дает обратную связь для пациента, на основе которой пациент убеждается, вне зависимости от того, что он чувствовал во время сеанса, он **БЫЛ** в состоянии гипноза! А если человек в этом убежден, то и все остальные мои внушения прекрасно проходят.

Далее в этом сеансе я провожу 6-ти шаговый рефрейминг. Но при этом я напрямую обращаюсь к той части “Я”, которая ответственна за болезнь. Я прошу ее ответить мне и остановить руку. И когда рука все-таки останавливается, то человек убеждается: **“У меня ДЕЙСТВИТЕЛЬНО внутри есть части “Я”, которые влияют на мое поведение”**.

Когда же в результате рефрейминга я договариваюсь с частью “Я”, ответственной за болезнь, переключиться на иные способы принесения пользы организму, то человек понимает, что этот договор будет выполняться **ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ** от него. А это положение принципиально важно: ведь сколько раз человек давал себе тот или иной зарок (например,

заниматься утренней зарядкой) и сколько раз он его нарушал. Но когда договор производится с той частью “Я”, которая не зависит от сознательных действий первого “Я”, то это очень впечатляет человека. И тот договор, который был произведен, начинает работать.

Проблема при выполнении 6-ти шагового рефрейминга в классическом исполнении заключается в том, что путь прохождения информации очень длинный: через аудиальные и визуальные каналы к подсознанию, то есть к кинестетике.

Когда я работаю в гипнозе с рукой, то происходят два процесса: человек явно чувствует, что рукой двигает **НЕ ОН (!)**. И, во-вторых, все общение идет как бы вне сомневающегося сознания. То есть такой вариант работы с подсознанием позволяет обойти сознательные блоки.

Использование пробы на невозможность опустить руку позволяет мне сформировать канал разговора с подсознательными частями “Я”. И этот канал **“прямой”**, то есть почти полностью кинестетический, не использующий визуальный и аудиальный каналы пациента. А также не зависящий от его сознательных установок, как бы обходящий его первое “Я”.

Данный вариант 6-ти шагового рефрейминга позволяет работать практически со всеми болезнями и психологическими проблемами. Но, особенно, хорошо с психосоматозами.

МЕНТАЛЬНОЕ ПСИХОСИСТЕМНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ, МАТРИЦЫ ГРОФФА И ПУТЬ ХРИСТА

Л.Н.Гозунова

г. Саранск

С древних времен дыхание использовалось в различных школах духовного совершенствования, в медицине, а в последние десятилетия и в психотерапии.

Роль дыхания, несомненно, велика не только в физиологических, но психических процессах организма. Ритм, глубина, продолжительность вдоха и выдоха различны не только у разных людей, но и у одного человека в разное время суток, дня, ночи, времени года. Оно заметно меняется с изменением эмоционального состояния человека. Взаимосвязь дыхательного процесса с психикой человека позволяет использовать его в качестве психотерапевтического и психопрофилактического инструмента, а также для личностного и духовного роста.

Кроме того, дыхание способно очень быстро изменять обмен веществ в клетках, позволяя согласовать психические, энергетические и физические параметры организма человека.

Сознание человека - это опыт его развития, включающий в себя опыт развития всего человечества. Этот опыт негативный и позитивный, осознаваемый и неосознаваемый.

Чем более человек осознает опыт, тем в большей степени он может управлять своим развитием.

И.Кант утверждал, что сознание способно отражать только то, что есть в нем, то есть прошлый опыт.

Кроме отражения существует и противоположная функция сознания – преобразовательная (креативная). Это творческий процесс, это взгляд в будущее, его планирование, моделирование. Этот шаг возможен с момента осознания прошлого опыта, который является, одновременно, и моментом соприкосновения с будущим, началом его созидания.

Человек – сложная многоуровневая открытая жизненная система, относительно одновременно интегрированная всеми уровнями в окружающий мир. Чем более он осознает в каждый момент времени свою сопричастность к миру от клетки тела до галактических просторов, тем большую ответственность за жизненные проявления он берет на себя. Тем большая возможность творческого преображения ему открывается.

Это формирует активную мировоззренческую и социальную позицию человека, позволяет более глубоко постигать цель жизни, закономерности этапов развития, открывать новые грани внутреннего и окружающего мира, вдохновляет на реализацию задуманного, раскрывая новые творческие возможности. И тогда духовное развитие становится не иллюзией, позволяющей незрелой личности “убежать” от ответственности за “земные” проблемы, но позволяет увидеть реальность и необходимость кропотливой работы над ними с позиции целенаправленного творческого развития.

Направленность этого процесса определяется целью развития той системы жизни, в которую входит человек как меньшая ее часть.

Дыхание отражает процесс развития: человек приходит в этот мир с первым вдохом и уходит с последним выдохом. Миг между вдохом и выдохом наполняется содержанием отношения к миру, его проявлением, накоплением опыта и его передачей другим людям.

Каждый вдох несет кислород, который вызывает процессы окисления (разрушения, распада). Образующаяся при этом энергия поддерживает жизнедеятельность клетки. Одновременно, идет и другой процесс – восстановления новых молекулярных структур (единения). Постоянный процесс обновления в клетках с помощью дыхания подобен процессу творчества: на смену разрушенным старым рождаются новые формы жизни.

И, если человек увидит цель своей жизни в подобном творческом процессе преображения окружающего мира, то преобразится и его сознание – “дыхание его жизни”. Видение цели даст возможность услышать ритм дыхания жизни человечества, планеты, сверяя с ним свой ритм движения к вершинам творчества.

МЕНТАЛЬНОЕ ПСИХОСИСТЕМНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ (МПМ)

Появление и широкое развитие дыхательных техник в Европе отражают также этапы роста и актуализации личности, расширения сознания, духовного развития.

Можно условно выделить методы, в которых акцентирована работа с тем или иным уровнем сознания человека по степени осознанной включенности в процесс и управления им. Например, в голотропном дыхании более чем в других, возникают яркие телесные ощущения, в ребефинге – более выражена работа с эмоциональными проявлениями, в технике вайвейшн – работа ментального уровня и т.д.

Мы предлагаем метод ментального психосистемного моделирования (МПМ) в группе, основанный на использовании универсальных закономерностей развития живых систем с применением дыхания.

Целеполагание, системное мировоззрение и интегральное мышление, на наш взгляд, является основой формирования мотивационного ядра личности, лежащего за пределами личностного “эго” и составляющего причинный (духовный) план развития человека.

Обращение к данному уровню сознания позволяет человеку гармонизировать отношения с окружающим миром на всех уровнях вертикального (иерархического) и горизонтального (синергетичес-

кого) взаимодействия с позиции духовного (творческого) начала.

Процесс интенсивного дыхания помогает осознать проблемы (физические, эмоциональные, ментальные) для их трансформации также с позиции целостности.

Группа как модель большей системы позволяет приобрести опыт единения, целостности, взаимоприятия и взаимодополнения, взаимопроникновения в совместном ментальном творчестве.

Отличительной чертой МПМ является соединение акта мышления и акта дыхания. Мысление направлено на творческое преобразование жизни в соответствии с едиными законами развития. Это позволяет осознать человеку проблемы в своем сознании, а затем моделировать идеальный образ гармоничного воплощения цели развития на всех уровнях личностного и группового проявления, частью которого является человек.

Дыхание, как таковое, играет роль катализатора в процессе реализации задуманного, позволяя согласовать цель с физическим планом – обменными процессами в клетках, которые обеспечивают энергией осуществление целеориентированной деятельности.

Можно провести аналогию направленности мышления и характера обменных процессов в организме. Аналитическая, дифференцирующая функция сознания подобна окислительным, а синтетическая, интегрирующая функция сознания – восстановительным реакциям в клетках.

Увеличение кислорода в крови и тканях при интенсивном дыхании приводит к усилению выведения недоокисленных ранее продуктов, очищая клетки и весь организм. Одновременно, с этим накапливается в клетках углекислота, в присутствии которой ускоряются процессы синтеза новых клеточных структур, необходимых микроэлементов, витаминов и др. веществ. За счет усиления окислительно-восстановительных процессов происходит очищение и оздоровление организма.

«По мере того, как происходят процессы вдоха и выдоха, должна поддерживаться ясная линия активного мышления так, чтобы исходящее дыхание было окрашено и обусловлено некоторой идеей» (А.А.Бейли “Наваждение: мировая проблема”).

Выражением идеи развития, совершенствования, гармонизации и согласованности состояния внутреннего мира человека с окружающим миром является схема объединенной системы группы. Она содержит в себе знаковое выражение универсальных закономерностей развития и помогает формировать алгоритм системного мышления.

Схема объединенной системы (ОС) выполняет роль “костиля”, на который человек опирается в ментальном творчестве. Ее форма и этапы соответствуют закономерностям построения любой формы жизни на основе единения меньших в большие. Мысль рисует схему с полным пониманием ее сути, образ содержит смысл и эмоционально-чувственное насыщение. Управление развитием – это направленное поэтапное моделирование большей по отношению к

человеку системы с помощью мыслеобразов более совершенного индивидуального проявления на всех ее уровнях.

Смысль схемы объединенной групповой системы состоит в понимании процесса группового ментального творчества таковым, где опыт каждого и планы каждого, становясь достоянием общим, выводят вновь рожденную из малых большую жизнь на качественно новый уровень ее развития. Тем самым, на этот же уровень выходит и каждый включенный в единую работу – в соответствии с прошлым опытом и осознанной направленностью на эволюционный процесс группового творчества. Эта включенность определяется осознанием единства, стремлением к нему, искренностью человека перед самим собой.

Каждый будет находить *свой контекст* работы в *едином алгоритме* развития, выход на осознание личных проблем и групповых, их трансформации в соответствии с опытом предшествующего развития и эволюционно поставленными целями.

Размышляя над процессами развития человечества и человека, закономерностями и этапами развития, а также, имея достаточно большой личный опыт участия в дыхательных практиках и опыт их ведения, родилось интересное осознание параллелей между родовыми матрицами Гроффа и Путем Христа в процессе МПМ. Эту закономерность можно проследить и в других методиках в разной степени, а также и в жизни человека, в его творческом восхождении к своей духовной сути.

Переживаемый в дыхательном процессе опыт отражает этапы пути Христа как этапы его жизненного пути. Они также соответствуют родовым матрицам, описанным С.Гроффом в теории голотропного дыхания. Он выделяет 4 основные матрицы рождения человека, которые соответствуют основным жизненным этапам, что в определенной степени, подтверждает наличие повторяющихся закономерностей процесса развития.

Первый этап МПМ соответствует этапу становления и управления человеком своим физическим телом (этап формостроения). Он подобен колыбели человечества, длительному периоду развития и вынашивания ребенка в утробе матери в состоянии полной защищенности.

Это сопровождается возникновением ассоциативных образов и переживаний внутриутробного пребывания человека, переживания покоя, защищенности, эйфории, воспоминания из детских лет жизни. Более абстрактные образы космического характера воспринимаются как зарождение жизни на Земле или других планетах. Одновременно, появляются ощущения в теле различного характера и интенсивности (давление, боль, напряжение, покалывание и другие). Эти ощущения могут отвлечь от ментальной работы, тем самым, “выключая” сознание из объединенного потока творческой мысли.

Можно увидеть аналогию в работе на данном этапе МПМ с искушением и испытанием физической природы человека, когда телесные ощущения и переживания становятся центром внимания всей жиз-

ни человека, подчиняя себе высший творческий потенциал, энергия которого начинает расходоваться на “все возрастающие материальные потребности”. Отождествление себя лишь с телесным, а окружающий мир с материальным проявлением, человек останавливается в развитии, блокирует стимулирующее воздействие живительных творческих потоков энергии.

“Не хлебом единым жив человек, но всяким Словом, исходящим из уст божьих...” – так отвечал Иисус в пустыне на искушение Сатаны, когда он предложил ему превратить камни в хлеба, используя для этого свою божественную силу. Слово – выражение творящей мысли. Человек, созданный “по образу божьему”, приобщается к процессу сотворения мира через воплощаемое “мыслетворчество”, становясь “подобием”. И если мыслеобраз как идеал соответствует своей направленностью и искренностью духовным задачам развития человечества, то он приобретает силу для воплощения.

С этой позиции зрения можно рассмотреть физические проявления различных заболеваний, а значит и пути оздоровления и профилактики.

Второй этап МПМ (этап взаимодействия) соответствует следующему этапу развития человечества – периоду постижения, развития, проявления и управления эмоциями человека, его чувственной сферой. В жизни это этап взаимодействия с противоположным полом, с родителями, родственниками, друзьями, детьми.

По С.Гроффу, в голотропном дыхании, это 2-я родовая матрица – период, связанный с началом родовой деятельности, повышением тонуса матки и первых родовых схваток. Плод начинает испытывать чувства страха и вины, давления, воспринимаемого через призму негативных эмоций. Начинается “изгнание из райского сада”, что воспринимается как предательство и обида, тоска и страх потери защиты. В этот период наиболее ярко проявляются образы, связанные с прошлыми или настоящими чувственно-эмоциональными переживаниями с позиции жертвы. В жизни человек надолго может остаться в подобном состоянии, что бывает при неврозах. Он обвиняет всех вокруг в тех жизненных проблемах и сложных ситуациях, в которые попадает, переживая сильные эмоциональные потрясения, приводящие часто к соматическим расстройствам.

Лишь принятие на себя ответственности за свою жизнь и судьбу, преодоление жалости к себе, лени, неуверенности, включение в активный творческий процесс, движущий к рождению, позволит ему свершиться.

Проблемы межличностных отношений в жизни – это этап накопления опыта управления эмоциональной сферой личности. Он накапливается через преодоление конфликтов, терпение и приятие, порой через боль и страдание. Со временем человек обретает мудрость и душевное равновесие.

Проблемы эмоциональной природы человека на данном этапе МПМ также отражены в искушении и испытании Иисуса в пустыне, когда Сатана предло-

жил ему явить чудо, для того, чтобы люди поверили в его божественную силу, в то, что он – Сын божий. В этом эпизоде отражена глубинная психология человека. Если человек пытается доказать кому-либо что-то, он доказывает это, в первую очередь, самому себе. Иисус своим отказом от явления чуда и словами “Не искушай Господа твоего...” доказывает абсолютное принятие в себе божественного начала – Сына Бога-Отца.

В преодолении эмоциональных проблем, таким образом, можно рекомендовать отождествлять себя со своим высшим “Я”, приятием в себе, а значит и каждом другом человеке, божественного начала как высшего творческого проявления. Если это приятие ляжет в основу взаимоотношений между людьми, мир только выиграет.

Третий этап МПМ – соответствует этапу формирования и постижения сферы мышления человечества, развития его интеллекта. Интеллект человека дает ему возможность творчески проявляться в жизни, видеть цель и достигать ее.

В родовом процессе этап соответствует моменту фиксации головы плода на выходе из родовых путей, так, что во время длительных схваток “виден свет в конце тоннеля” – видна цель движения по сложному жизненному пути, но препятствие не менее сложное, чем ранее.

Проблемы ментальной природы человека часто повторяются в жизни: “Быть или не быть? – вот в чем вопрос”. Проблема выбора, проблема власти, тщеславия, амбиций в большом и малом – проблемы ментальных людей. До сжимающих головных болей волнуют эти размышления. Порой, они ломают судьбы тех людей, которые часто выбирают не из противоположных начал (духовного и материального), а из одного и того же – материального, впадая в иллюзию сделанного выбора, чтобы вновь попасть в “собственномысленно” поставленную ловушку.

Вспомним еще одно испытание Иисуса в пустыне. Предложил ему Сатана все царства для правления, введения любых законов, но взамен просил ему поклониться, признать его высшую власть, коль он дарует все царства. Казалось, такая малость в действии, практически без усилий – преклонить колено для достижения цели, чтобы без препятствий нести Закон Любви, новые знания людям. А что за этим? Признание и утверждение власти Сатаны на Земле, отказ от власти Бога, по сути, от божественного начала в себе. Но и здесь высокий дух Иисуса выстоял, рассмотрев истинную подоплеку сделки.

Как часто такие испытания проходит каждый человек в своей жизни – сколько вокруг примеров сделок со своей совестью в поисках легкого пути! Этот этап в МПМ соответствует включению конкретных, “суетных”, обрывочных, хаотичных мыслей. Иногда включается критика всего происходящего, рассуждения, умствования, сопоставления и так далее. Пройти этот барьер можно разотождествив себя с “телом ума”, отождествляя свои мысли с мыслью творящей, концентрируясь на мыслеобразах объединенной системы. Мысль насыщается любовью, осоз-

нанием ее созидающей силы, осознанием процесса ментального различия в выборе пути развития.

Четвертый этап МПМ – переходный – духовное рождение, рождение группового сознания. Это качественно новое состояние, требующее отречения даже от самого совершенного достигнутого опыта, принесение его в “жертву” другим для использования его в общих интересах. В противном случае, без передачи индивидуального опыта, накопленного человеком за какой-либо временной цикл, теряется весь смысл его труда. Это происходит при искренней и бескорыстной передаче опыта. И только тогда человек наделяется новым источником вдохновения, творческой энергии, рождается в обновленном качестве сознания для дальнейших свершений.

Этот этап соответствует этапу распятия в жизни Христа. К сожалению, рассмотрение в течение многих столетий этого этапа его пути только как мученичества, боли и страдания, привело к тому, что не было в равной степени провозглашена обратная сторона распятия – радость духовного рождения. В подсознании людей в течение двух последующих тысячелетий формировался страх перед духовным развитием, который, возможно, сыграл свою не последнюю роль в накоплении агрессии человечества как защитной реакции на подавляемый страх.

В момент родов страх считается главной причиной стресса рождения, когда ребенок попадает в новые условия, в иное жизненное пространство, прямо противоположное тому, что было до рождения: темно – светло, водная среда – воздушная среда, различный температурный режим, громкость звуков, первый вдох как начало самостоятельного цикла, перерезание пуповины как отчуждение от безопасного состояния и приход в неизвестность, незнакомые руки, принимающие его в этот мир...

Считается, что результатом стресса рождения является возникновение многих психологических проблем и заболеваний человека.

В этот переходный момент в МПМ продолжается синтез, человек размышляет о преображении мира в единстве с группой, человечеством, планетой. Утончается восприятие мира (фаза отражения сознания) и, одновременно, утончается мысль (как фаза преображения сознания), она парит в свободном, безграничном пространстве созидания космических миров от атомов до галактик, выходя на уровень континуального мышления.

В этот период человек испытывает очень приятные, вплоть до трансцендентных, состояния единения, слияния с человечеством, любви, свободы и других переживаний, для описания которых невозмож но порой найти слов. Эти переживания уже сами по себе очень терапевтичны, так как соответствуют на клеточном уровне процессам синтеза всех необходимых “лекарств” для организма. Гармонизируется энергосистема человека, все процессы регуляции эндокринной и центральной нервной системы, полушарий головного мозга.

Однако и здесь подстерегает нас новый страж порога – увлечение трансцендентальным, возвышен-

ным чувственно-эмоциональным состоянием для наслаждения, что может стать очередной ловушкой, особенно, духовно устремленных людей, “духовных эгоистов”.

В аналогии с жизненными позициями это похоже на стяжательство блага, созданного общим трудом для личностного удовольствия.

Уместно в данном случае провести аналогию с духовно устремленными людьми, когда в поиске пути развития медитативные, в том числе и дыхательные, практики начинают использоватьсь для достижения подобных эффектов, иллюзорно принимая их за достижение высоких результатов духовного *самосовершенствования*.

Эта иллюзия проявляется в жизни как желание постоянного получения удовольствия и наслаждения от достигнутого, что часто является тормозом в истинном развитии человека. Он упивается достигнутым, иллюзорно наслаждаясь им, сначала теша, а затем взращивая свою духовную гордыню и амбициозность, забывая о смысле жизни как постоянной отдаче и жертвенности. Не став общим достоянием, нужным людям, достигнутое начинает разрушать самого человека.

Четвертый этап родовой матрицы – процесс появления ребенка. И это великое таинство космического созидания свершается во имя последующего его творческого развития. Смысл рождения – не получение наслаждения и удовольствия от жизни за счет других, а счастье от *процесса творческого созидания ради других*.

И снова, возвращаясь к образу Христа, мы вспоминаем его историю. После отречения Иисуса от совершенной личностной природы на Голгофе следует не только его вознесение, но и воскрешение, и снова труд на Земле с учениками, последователями, всем человечеством, который продолжается и по сей день.

Высокое чувственно-эмоциональное состояние, переживаемое при осознании истинного предназначения человека, духовного смысла своей жизни в ее сотворении, формирует мотив, а затем и потребность в реализации смоделированной программы в жизнь. Это состояние вдохновляет человека на целенаправленную активную деятельность.

Завершение МПМ – гимн силе любви и созидания! “Всякое дыхание да хвалит Господа!” (из псалма).

Четкое разделение переживаний на этапы несколько условно, так как в человеке все взаимосвязано, и невозможно наступление каких-либо эмоций без телесного и мыслительного реагирования.

Представление концепции МПМ в системном контексте позволяет проанализировать опыт, осознать относительную одновременность происходящих процессов, повторяющиеся закономерности в их циклическом проявлении от жизни клетки до жизни человечества. Человек может сопоставить полученный опыт с этапами в жизни Христа, найдя верный путь преодоления искушений и испытаний в своей жизни.

ИННОВАЦИЯ: КАРДИНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ГРУППОВОМ ТРЕНИНГЕ

Л.Н.Гозунова, Н.Н.Яковлева

г. Саранск, г. Москва

Кардиальная психотерапия (далее КП) – метод развивающей терапии, направленный на совершенствование мотивационного ядра личности, системы целеполагания, формирование системного мировоззрения и интегрального мышления, что приводит к кардиальному изменению целенаправленной деятельности человека, интеграции всех его потенциальных возможностей, гармонизации приоритетов общественной и личностной ориентации.

Термин “кардиальная психотерапия” предложен Научной Школой Системного Мировоззрения.

В основе используемой методологии лежит теория универсальных закономерностей развития живых систем, которая в течение 5 лет разрабатывается и исследуется специалистами Национальной Академии УМПКП, являющейся организатором внедрения разработок Школы. Практическая реализация новых технологий базируется на приоритетах коллективной стратегии, реализующих принцип “от организации к организму”. Акцент на глубокую проработку коллектива фактора предполагает более полное раскрытие творческого потенциала индивидуальности в ее осознанном сотворчестве с “большим целым”.

С позиций КП человек является открытой многоуровневой системой жизни, относительно одновременно всеми уровнями интегрированной в окружающий мир, в человеческое и планетарное сообщество на принципах взаимообусловленности, взаимодополнения и взаимопроникновения. Причину заболеваний и различного рода психологических проблем КП рассматривает как нарушение причинно-следственных одно- и многоуровневых связей в системных отношениях.

Процесс оздоровления начинается с понимания причины как цели и смысла жизни человека в непрерывном развитии, осознания его закономерностей и использования их в целенаправленной созидательной деятельности, восстанавливающей ранее нарушенные иерархические и синергетические связи системных отношений. Восстановление происходит в разной степени у различных людей, в зависимости от уровня накопленного опыта развития – уровня сознания.

Ценостные ориентации личности, акцентированные на выполнении эволюционных задач человеческого сообщества как большей системы, определяют направленность индивидуального развития, а также согласованность способов их достижения, а значит, эффективность оздоровления.

Осознанное многоуровневое включение человека в преобразовательную деятельность обеспечивает полноту обратных связей, что позволяет накопить опыт различия для осознанного жизненного выбора, за который человек берет на себя ответственность.

Кардиальную терапию можно рассматривать как причинную, поскольку, она затрагивает мотивационное ядро личности, включающее в себя целеполагание, системное мировоззрение и интегральное мышление (составляющее основу творческого потенциала), то есть умение поставить цель (что?), определить способ ее достижения (как?) и воплотить.

Сам процесс воплощения есть следствие, проявленное в деятельности личности. Необходимая для этого энергия генерируется в осознанном групповом творчестве.

Цель тренинга – осознание алгоритма развития систем, приобретение опыта его применения для восстановления нарушенных системных связей, прогнозирование возможных нарушений и их предупреждение.

Тренинг направлен на осознание мотивов, цели и смысла, выбора наиболее эффективного пути развития человека, с точки зрения эволюционных задач развития общества, на принципах взаимодействия, взаимодополнения и взаимопроникновения (приятия).

Тренинг, в целом, а также каждый его модуль основан на общих и частных закономерностях развития всех уровней системы в ее структурном, пространственном и инволюционно-эволюционном циклическом (фазы) построении.

Очевидно, пропорционально активному включению человека в творческий, деятельный процесс активизируются и обменные процессы клеточных структур, включаемых сознанием человека в определенный уровень большей системы жизни. Оздоровительный и профилактический эффект этого мы наблюдали у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и других систем.

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУППЫ

Группа формируется после общетеоретического занятия, на котором излагаются концепция развития живых систем, закономерности и этапы их формирования и развития, цель, задачи тренинга, используемые методы. Со 2-го дня группа закрыта.

ПРИНЦИПЫ ВЗАЙМОДЕЙСТВИЯ В ГРУППЕ

1 – приятие, эмпатия, доверие;

2 – “здесь и сейчас”, уникальность и неповторимость каждого момента встречи;

3 – ответственность за каждый момент процесса, который каждый творит сам и, одновременно, все вместе в едином пространстве жизни в данный момент времени;

4 – “зеркало”: через взаимодействие с другим

человеком исследовать себя и трансформировать только себя;

5 – благодарности за опыт (“каждый человек тебе – не друг, каждый человек тебе – не враг, но каждый – Учитель”);

6 – принцип разотождествления себя и другого человека с телом, эмоциями, мыслями, отождествление с душой, высшим “Я”, с группой как большей системой, частью которой является человек.

Очень важно осознавать, что *работающая группа является частью большей системы жизни – окружющего мира*, с которым она вступает во взаимодействие как его часть.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГА

Модуль № 1

Первое занятие общетеоретическое. Знакомство. Введение в концепцию кардиальной терапии.

Модуль № 2

Цель – познание и преобразование отношения к материальному миру через управление телом. Физическое тело является лишь материальным объектом окружающего мира,енным для духовного развития человека, и все в нем существует во взаимодействии и взаимообусловленности.

Тренинг направлен на формирование осознанного отношения к телу как отношения к материальным предметам окружающего мира. Он включает работу с изменением ощущений при взаимодействии во время различных упражнений, их управлением с позиций цели и смысла.

Любая система жизни, развиваясь, накапливает опыт в три этапа. *Формообразование* – это первый этап развития, когда происходит познание и накопление опыта построения формы, структуризации системы. В модуле акцентирована работа с формой.

Для выполнения этих задач используются упражнения телесно-ориентированной терапии, особенно, групповые формы: упражнения на доверие (“падение в круге”, “ведомый и ведущий”, “моечная машина” и другие), расслабляющие упражнения (“театр прикосновений”, упражнения контрастного напряжения и расслабления тела, отдельных групп мышц), простые комплексы физических упражнений с концентрацией мысли на ощущениях, упражнения по гармонизации энергосистемы человека, групповые растяжки, телесные контактные упражнения в парах.

Модуль № 3

Следующий этап развития системы – *этап интеграции*, когда постигаются закономерности установления синергетических и иерархических связей субъектов, происходит накопление опыта различения, а также согласование критериев развития субъектов в образуемой в большем пространстве и времени системе.

Данный модуль тренинга соответствует накоплению опыта взаимодействия (интеграции), он является днем “проработки” эмоционального плана.

Цель – осознание проблем взаимоотношений в семье, с друзьями и родственниками, с противоположным полом, их причин и пути решения, с точки зрения универсальных закономерностей развития, создаваемых при взаимодействии систем.

Это достигается в тренинге через различные коммуникативные упражнения: “выбор пары с закрытыми глазами”, “приветствие”, тренинг “глаза в глаза”.

Тренинг “глаза в глаза” является ключевым на данном этапе работы. Это очень эффективная трансформирующая техника в групповой работе.

Модуль № 4

Это день работы с ментальным уровнем. Он включает весь предыдущий опыт и задания постоянного контроля над телесными ощущениями, эмоциями, с максимальным включением ментальной работы. В процессе развития систем это соответствует *этапу управления*.

Это модуль ментального творчества, моделирования алгоритма развития. “Культура мысли в ее методологическом аспекте, культура воплощения замысла, когда за рожденным алгоритмом просматривается его самостоятельная “технологическая” судьба, является сегодня фокусом ответственности и платформой для масштабного сотрудничества” (Поляков В.А.), в том числе группового.

Цель тренинга в данном формате – постижение закономерностей управления системными отношениями, осознание относительной одновременности происходящих процессов на всех уровнях системных отношений, переход от отражательной функции сознания к преобразовательной, целенаправленной, что расширяет пространство управления системными отношениями. При этом сокращается время достижения цели – построения качественно нового уровня системы на основе познания эффективности и целесообразности того или иного выбора пути развития.

Основной блок ментальной работы происходит при активном использовании такой дыхательной практики как “четырехтактное дыхание”. Данная практика разработана на основе методологии Академии УМПК, исследуется в течение шести лет в творческих коллективах Урала и Сибири, Украины и Беларуси.

Модуль № 5

Это завершающий работу день, цель которого – синтез и ментальная трансляция на общество приобретенного в тренинге опыта развития человека в гармоничном согласовании и взаимодействии с окружающим миром на основе универсальных закономерностей, осознание радости и ответственности сотворения группы как большей системы жизни, усиливающей индивидуальный творческий потенциал, дающий заряд здоровья, бодрости и любви.

В цикле развития системы он соответствует *переходному этапу* на новый уровень. В данном модуле применяется техника *ментального психосистемного моделирования* (МПМ) с использованием ин-

тенсивного дыхания в группе, также разработанная и исследуемая Академией УМПКП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Постигая цель жизни, как процесс развития и совершенствования, на основе согласования целеполагания на всех уровнях взаимодействия с ок-

ружающим миром, человек начинает осознанно жить, продолжая, тем самым, процесс оздоровления не только сознания, но и тела. Он выбирает такой алгоритм своего развития, который позволяет установить гармоничные отношения в быту, семье, коллективе, осознанно творить их более совершенными, повышать свой профессиональный уровень.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Л.Н.Гузунова

г. Саранск

Человек – это система жизни, входящая как часть (подсистема) в большую надсистему – человечество, одновременно, включает в себя меньшие системы жизни – клетки, органы, системы органов.

Человек – это открытая энергетическая система, нормальное функционирование которой определяется параметрами развития надсистемы и, в соответствии с этим, полнотой системных отношений, то есть взаимодействием с окружающим миром.

Полнота этого взаимодействия проявляется в постижении причинно-следственных связей по вертикальному (иерархическому) и горизонтальному (синергетическому) уровням, приобретении опыта образования, взаимодействия и управления этими отношениями на последующем этапе развития.

Цель развития структурных элементов системы определяется целью развития ее надсистемы. Постичь ее невозможно и инструментарием и оснащенностью меньшей системы. Поэтому важно знать общие закономерности развития системы, в соответствие с которыми, можно определить направленность – интенцию развития подсистемы.

Причина заболеваний, с точки зрения системного подхода, рассматривается как нарушение причинно-следственных иерархических и синергетических связей системных отношений, а профилактика и оздоровление – восстановление этих связей.

Вашему вниманию представляется модель группового психотренинга, в основе которого лежит описанный выше (системный) подход. Он включает философский, культурный, религиозный и научный подходы к человеку, его здоровью, его месту в жизни, поэтому отчасти его можно определить и как философская (автор методологии Поляков В.А. предложил термин кардинальная) психотерапия.

Метод позволяет выйти на качественно новый уровень осознанного существования личности, ответственности за свои поступки, чувства, мысли, а значит, и за свое здоровье. На этом уровне метод со-прикасается с формированием мотивации к здоровому образу жизни.

Гуманистическая направленность метода определяется осознанным взаимодействием человека с дру-

гими людьми с позиций совместного творчества, совершенствования и утонченности, полноты и красоты этих отношений, дающих опыт развития на основе взаимодополнения. Он, в свою очередь, становится причиной для следующего цикла развития на качественно новом уровне.

Кроме того, навыки размышления как поэтапного моделирования творческого замысла, в соответствии с эволюционно направленными задачами, есть элементы ментальной медицины.

Ориентация на развитие системы жизни (в случае тренинга - это группа), частью которой является человек, предполагает осознание уникальности и неповторимости каждого человека, яркое раскрытие индивидуальности которого в групповом сотворчестве преображает творческий групповой организм, а значит и каждую его "клетку" - каждого человека.

Основным фактором и условием развития и излечения пациентов является осознанное принятие на себя ответственности за процесс преображения сознания всеми участниками группы, а также глубинное осознание ведущим рождающегося единого творческого организма, что в гуманистической и экзистенциональной психотерапии считается одним из наиболее эффективных механизмов психотерапевтического эффекта.

Цель тренинга групповой системной психотерапии – осознание и восстановление причинно-следственных связей системных отношений в данном формате группы.

Цель постигается и достигается на основе единения в устремленности осознанного созидания группового организма в новых более совершенных отношениях в группе.

Включение в процесс осознания полученного в тренинге опыта, с точки зрения повторяемости закономерностей процессов развития на всех уровнях проявления личности в системных отношениях, позволяет расширить сознание человека в восприятии относительной одновременности происходящих процессов в человеке и окружающем мире, в маленькой клетке и огромной Вселенной. Жизнь начинает восприниматься целостно, в единстве всех ее проявле-

ний и взаимосвязи, а значит, появляется возможность трансформации и управления жизненными ситуациями, процессами.

После прохождения тренинга человек начинает использовать полученный опыт в практике каждого дня, осознавать смысл своего существования с позиции системности, с позиции человечности, развития всего планетного организма, открывая новые возможности в реализации своего творческого потенциала, взяв на себя ответственность за свою жизнь.

Одновременно, наступают процессы очищения и оздоровления тела, способствуя, тем самым, излечению следствия – хронических соматических заболеваний.

Постигая цель жизни, человек выбирает такой индивидуальный алгоритм развития, который гармонично сочетает все уровни его жизни: бытовые, межличностные, в том числе семейные, профессиональные с духовными ценностями жизни.

Это равнозначно здоровью и счастью человека, ибо он начинает с этого момента осознанно исполнять свое предназначение на Земле - творить окружающий мир, одновременно, с преображением самого себя в сотворчестве с другими.

Системный подход в практике групповой психотерапии стал основой работы оздоровительных групп с элементами групповой психотерапии, а затем как психологический тренинг личностного и духовного роста, как психопрофилактика соматических заболеваний.

Опыт работы показал эффективность системного подхода в раскрытии творческого потенциала человека, в его личностном и духовном росте, актуализации человека в жизни. Его можно использовать в качестве психопрофилактики и терапии психосоматических расстройств.

Метод отличается тем, что основной точкой отсчета в работе является проявление человека в соответствии с целью его развития, то есть раскрытия в себе высшего “Я” человека. Высшее, духовное “Я” понимается как высшее творческое начало в человеке, а переходный момент к достижению и его реализации – Душа, как момент соединения в человеке высшего и низшего, как момент трансформации, как переход творящей причины в следствие.

Здоровье человека рассматривается как совокупность всех его составляющих потенциалов: физического, психологического, интеллектуального, духовного.

Духовный потенциал – это возможность исполнения своего высшего предназначения – стать сотворцом окружающего мира. Осознание цели и смысла жизни как раскрытие и реализация творческого потенциала является причинностным для личностной триады: ментального, чувственно-эмоционального, физического планов, “Здоровый дух определяет здоровое тело” – это иерархический уровень причинно-следственных связей.

Исполнение миссии сотворца возможно лишь во взаимодействии с этим миром: с природой, живот-

ными, но, главное, с людьми на 3-х уровнях проявления и взаимодействия - физическом, эмоциональном, интеллектуальном, или в быту, в семье, в коллективе (это синергетический уровень причинно-следственных связей).

Душа человека – это момент соединения и согласования интересов личности и общества или другого человека. Встречаются эгоизм и альтруизм, и человек делает свой выбор.

Граница личного и общего блага проходит, образно говоря, через сердце человека – это возможность единения, принятия, увидеть в другом себя, возможность сострадания, покаяния, прощения, самопожертвования эгоистическими мотивами ради высшей цели и любви. Это и есть момент истины, момент кардинального, то есть эволюционно направленного выбора.

Самотрансценденция человеческого существования – “...человеческое бытие всегда ориентировано вовне на нечто, что не является им самим, на что-то или на кого-то: на смысл, который необходимо осуществить, или на другого человека, к которому мы тянемся с любовью. В служении делу или любви к другому, человек осуществляет сам себя. Чем больше он отдает себя делу, чем больше он отдает себя своему партнеру, тем в большей степени он является человеком и тем в большей степени он становится самим собой. Таким образом, он, по сути, может реализовать себя лишь в той мере, в какой он забывает про себя, не обращает на себя внимание (В.Франкл “В поисках смысла”, М., Прогресс, 1990, с. 29).

Духовный план человека – это его творчество, в соответствии с высшими человеческими ценностями, в основе которых лежит интеграция (единение). Это причинностный план жизни.

Мэслу считал, что “высшие потребности представляют важный и аутентичный аспект структуры человека, они играют важную роль в человеческом здоровье, и осознание этого факта необходимо для любой осмысленной теории человеческой личности”.

Высшее творчество человека определяется целью воплощения его результата (духовный план), чистотой замысла (ментальный план), красотой взаимодействия (эмоционально-чувственный план человека) и реализацией в результате творческого труда.

Мировоззренческие установки человека формируют мотив проявления его в жизни. Он определяет каждый момент (здесь и сейчас), который содержит и прошлый опыт и, одновременно, является основой будущего. То есть, выбор – это переход причины в следствие. Осознанность выбора в соответствии с эволюционными целями развития стимулирует этот процесс в самом человеке.

Созидательный или разрушительный этот мотив, а значит и следствие, - творит сам человек, каждый миг сотворяя свое будущее, свою причину, в том числе своего здоровья или его отсутствия.

Тренинг разработан достаточно подробно и полно, описаны подробно цель каждого дня, применяемые методики, закономерности развития систем жиз-

ни, применительно к группе.

Интегративный подход к методам психотерапии сочетается с авторскими разработками:

1) метод релаксации телесно-ориентированной терапии, групповые растяжки, физические упражнения с концентрацией мысли на ощущениях для осознания ответственности за свое физическое здоровье с целью его совершенствования для реализации высшего “Я”;

2) коммуникативные методы эмоционального взаимодействия, во время которых происходит осознание и трансформация эмоционального плана на качественно новом уровне взаимодействия;

3) методы концентрации мысли, “успокоения конкретного ума”;

4) медитация как размышление – ментальное моделирование этапов воплощения творческого замысла, в соответствии с целью развития человеческого сообщества, общепланетного организма, частью которого является каждый человек;

5) дыхательные практики в сочетании с ментальным моделированием состояния успешности и здоровья.

В результате работ оздоровительных психотерапевтических групп и проведения тренингов, были получены следующие результаты:

1) диагностика уровня личностной тревожности с помощью опросника Тейлор (адаптирован Т.А.Немчиным) показала снижение уровня тревожности у лиц с завышенным уровнем;

2) результаты психологического тестирования по

методике САТ (самоактуализированный тест, разработанный М.Зазиги, М.Крозом под руководством Л.Я.Гомана) показали положительную динамику по двум базовым шкалам: шкала ориентации во времени и шкала поддержки, а также по шести дополнительным 1,2,4,5,10,11 – шкала ценностных ориентаций, гибкости поведения, спонтанности, самоуважения, контактности, шкала познавательных потребностей, соответственно;

3) результаты тестирования с помощью опросника Кетелла показали изменения в сторону улучшения в блоке факторов, определяющих особенности межличностного взаимодействия и коммуникативных способностей личности;

4) результаты объективных методов исследования (анамнез, осмотр, данные объективных методов медицинского обследования) показали:

- улучшение сна, настроения, повышение общего тонуса организма (повышение деятельной активности человека);

- снижение заболеваемости аденоэвирусными заболеваниями;

- уменьшение количества и сроков обострений хронических заболеваний;

- снижение дозы приема лекарственных препаратов (гипотензивных, аналгезирующих, спазмолитических, противоаллергических);

- уменьшение сроков временной нетрудоспособности и тяжести протекания обострения хронических соматических заболеваний;

- у учащихся отмечалось улучшение успеваемости.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ БОЛЕЕ УСПЕШНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Л.Н.Генералова

г. Москва

Цель сообщения: Изучение использования возможностей Позитивной терапии, как основы в холистическом подходе эклектической психотерапии при психологической реабилитации наркозависимых в групповой, индивидуальной и семейной терапии.

Методы: Использование диагностики (включая компьютерную и мягкую диагностику рисунка) и методов Позитивной терапии (включая Гештальтерапию, Трансакционный анализ, Экзистенциальную терапию, Арттерапию, групповую, индивидуальную, семейную).

Моя задача – научить пациентов самихправляться с проблемой.

“Не давай мне рыбку – лучше научи меня ее ловить, - тогда я буду сыт всегда” - эта перефразированная восточная мудрость – суть задачи Позитивной психотерапии.

Дать в руки пациента удобный ему метод, научить ему и формировать потребность пользоваться им.

Россия – это огромная страна, бескрайние терри-

тории которой обуславливают проживание сложнейшего конгломерата народностей. Исторически так сложилось, что люди разных национальностей, культуры и религий проживают в нашей стране. А в последние десятилетия усилилась интеграция за счет переселения из других стран.

Москва, в этой связи, стала, как другие крупнейшие столицы мира, - более многонациональной. Наши пациенты принадлежат к разным социальным слоям, подчас полярным, к разным религиозным конфессиям, разным возрастным группам. И вот здесь методы Позитивной терапии просто незаменимы! С ее особенностями Транскультурального подхода, опорой на “латинское positum”, что означает – “данное, фактическое”, то есть на возможности и способности пациента. Позитивная терапия – это конфликтокентрированная терапия с пробуждением саногенного мышления пациента.

Очень важно позитивное отношение пациента к проблеме (в каждом минусе увидеть плюс). Мы име-

ем право на ошибки, но также имеем право их исправлять. Мы не можем изменить прошлое, но можем по-другому взглянуть на проблему и сделать другое будущее.

В оценке и анализе проблемы для ее решения, пациент использует 4 сферы (тело, деятельность, контакты, воображение).

В проработке и анализе проблемы пациент использует влияние конфликта на физическое состояние, на профессиональные успехи, на отношения с окружающими, на будущее (планы).

В групповой терапии во время тренингов на “горячем стуле” пациенты осознают разрушительное действие проблемы (конфликта) на все 4 сферы (тело – ухудшение работы печени, сердечно-сосудистой деятельности, ухудшение памяти; разрушение профессиональной сферы – потеря работы, учебы; разрушение межличностных отношений – в семье и на работе; и крушение всех надежд, планов на будущее). Пациенты видят проблему с разных сторон, глазами других. Имеют возможность расширить свое видение проблемы. Как та лягушка – со дна колодца, поднявшись выше, увидит все небо.

Необходим внутренний баланс. Укрепление веры в себя (при заниженной самооценке) и избавление от эгоцентризма (при завышенной самооценке). Гиперопека и гипоопека.

Пациенты выявляют индивидуальные положительные качества, подпитывают их и опираются на них в борьбе с отрицательными. Отрицательные искореняют и, в противовес им, добавляют еще положительные, которые необходимо развить (ленив – трудолюбив, развиваем трудолюбие).

Вербализация проблемы (“здесь и сейчас”) позволяет осознать проблему и принять ответственность за себя. Расширить жизненные цели (задействуя каждую из 4-х сфер). Способствует пробуждению надежды, альтруизма, когда чужие проблемы становятся не менее важными, чем свои, умению переключать свое внимание на другие цели.

Чтобы не было возврата назад, пациенту необходим поиск цели, смысла, стержня в жизни, на который можно опереться – любимый человек, любимое занятие.

Любовь и познание – две ведущие способности человека. Развивать эти способности – любить и познавать (эмоциональную и когнитивную) – непременное условие Позитивной психотерапии.

При равномерной загрузке всех 4-х сфер возможен баланс и гармония, и, как следствие – здоровье и счастье.

Одновременно, с пациентом ведется работа с семьей пациента. В реабилитации наркозависимых пациентом является вся семья.

Мы лечим не наркоманию, а выявляем и искореняем причину, которая привела к ней.

Вот здесь уже незаменима Позитивная семейная психотерапия.

Как известно – среда влияет на поведение человека (а также генетический шлейф и выбор самого человека). “Отходим от симптомов и занимаемся стоящим за ними конфликтом” (N.Peseschkian, 1996).

Как правило, зависимое поведение, неумение сказать “нет” в нужный момент, неуверенность в себе или же чрезмерная избалованность, эгоистичность – результат гиперопеки или гипоопеки. Наркоманами становятся дети тех родителей, которые или их чрезмерно опекали, или же недолюблиенные дети, от недостатка внимания.

Австрийский психотерапевт Виктор Франкл считал, что 90% алкоголиков и 100 % наркоманов становятся таковыми, потому что не нашли или утратили смысл и цель жизни.

С помощью Позитивной семейной терапии семья осознает доступные ей возможности помочь самой себе. Выявляются общие особенности семьи, создавая основу для терапии, чтобы последовательно бороться с возникшими в семье нарушениями.

Члены семьи не всегда охотно идут на контакт. Очень трудно осознать свою неправоту. Но, проработав конфликт, осознав проблему и свою ответственность, активно работают и в группе, и индивидуально с психологами и психотерапевтами.

Использование притч, пословиц, поговорок, примеров из собственной жизни – благотворно влияет на восприятие пациентов и само по себе уже терапевтично.

Пророк Мохаммед сказал:

“Сумей воспользоваться пятью – до пяти:
жизнью – до смерти,
здоровьем – до болезни,
свободным временем – до времени делать дела,
юностью – до прихода старости,
и, воспользуйся, о, Человек!

Богатством своим – до прихода бедности”.

И я призываю всех последовать этому мудрому совету: “Суметь воспользоваться пятью – до пяти”

Результаты: холистический подход эклектической терапии, в основе которой используется Позитивная терапия, позволяет эффективно проводить курс лечения с несомненной пользой для пациентов: пробуждает энтузиазм в борьбе с проблемой, укрепляет веру в себя и в свое выздоровление, расширяет сознание и видение реальных перспектив для длительной ремиссии.

Обсуждение: возможности использования метода Позитивной терапии, как основы при компиляции других методов психотерапии имеют успешный саногенный эффект, пробуждают и укрепляют чувство веры в себя и желание противостоять проблеме (умение переключать свое внимание на другие цели).

P.S. Как было упомянуто выше – альтруизм зародителен и, несомненно, полезен.

На базе Творческого объединения женщин-художниц “Ирида” (Председатель – Мария Эсмонт) создан совместный проект Экспериментальной детской студии живописи и Арттерапии с элементами Позитивной терапии, которую мы ведем с художницей Элеонорой Белевской. Она уже много лет ведет изостудию. Ее ученики регулярно участвуют в конкурсе “Золотая кисточка” и получают награды. Среди студентов есть дети, признанные умственно-неполно-

ценными. Но наличие у них творческих способностей смогло повлиять на жестокий приговор медиков и отменить его. Настолько велико значение Терапии творческим самовыражением. А в данном случае – работать с детьми и с прекрасным, делать то, что нравится и, что получается, – это тे-

рапия для меня.

А в заключение, я хочу пожелать Вам ЗДОРОВЬЯ!
Потому что, когда мы здоровы – мы красивы.
Когда мы красивы – мы любимы.
Когда мы любимы – мы счастливы!

КЛАССИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ В РОССИИ: ПУТИ КОНСОЛИДАЦИИ

Проф. Б.Е. Егоров

г. Москва

На современном этапе развития психоанализа в России возникло два течения, которые отражают состояние науки о бессознательном. Первый путь – это повторение западного пути с его ошибками, достижениями и парадоксами. Второй путь – развитие собственного пути, который ориентируется на те ценности и представления, существовавшие и существующие в России. На сегодняшнем этапе, необходимо говорить о попытке объединения этих путей, не только для российского психоанализа, но и для пересмотра многих тупиковых идей западного психоанализа.

Хотя многие постулаты учения о бессознательном являются, на сегодняшний день, всеми признанными, все же каждая культуральная среда преломляет через себя многие закономерности и видоизменяет их. Отсюда и возникают вполне понятные различные варианты психоанализа при соприкосновении со специфической средой обитания различных стран и различных культур. Даже сама структура психических заболеваний меняется в зависимости от культуральных особенностей стран. Естественно, что психоанализ, как наиболее тонкое отражение культуры данной страны, должен нести в себе эти отличия.

Несмотря на внешнее отставание от психоаналитического учения Запада, можно констатировать ряд положительных моментов ситуации, которая сложилась в отечественной психиатрии и психотерапии.

За время изоляции (65 лет), в Российскую психотерапию и психиатрию советского периода проникли только те постулаты и закономерности классического психоанализа, которые уже не требуют доказательств и проверок, т.к. преодолев жесткий контроль, эти постулаты утвердились, имея под собой достаточно практическое обоснование.

Длительная изоляция от мирового психоаналитического движения позволила сохранить непредвзятый взгляд на многие спорные вопросы учения о бессознательном. Все это вместе взятое определяет ту, качественно отличающуюся от западных взглядов, ситуацию, которая сложилась на сегодняшний день и в психиатрии, и в психотерапии новой России.

Естественно, что надо соотнести устоявшиеся модели проведения психоанализа с реальностью. Для начала возьмем метод свободных ассоциаций и реальный психотерапевтический процесс “лицо в лицо”.

Закрытый от глаз психоаналитика, пациент ассоциирует и, тем самым, постепенно осознает собственные проблемы. Но через глаза нам поступает до 70% информации о человеке. Когда врач не видит соответствия внешним проявлениям пациента и его словами, то он делает выводы исходя из 30% и меньшего количества услышанной информации. Естественно, что достоверность данного информационного потока достаточна, мала, а эффективность не превышает 30%.

Вслед за Э.Фроммом можно повторить, что “Критика на этих страницах направлена против ошибок и ограниченности на пути развития психоанализа. Он страдает, в первую очередь, как раз от того порока, от которого намерен исцелять, – от подавления. Ни Фрейд, ни его последователи не признавались (ни другим, ни самим себе) в том, что цели у них выходили за пределы научных и терапевтических достижений. Они подавляли свои амбиции завоевателей мира, мессианский идеал спасения, а потому пришли ко всем двусмысленностям и нечестностям, связанным с такого рода подавлением. Вторым пороком движения был его авторитарный и фанатичный характер, воспрепятствовавший плодотворному развитию теории человека и приведший к укреплению позиций бюрократии, унаследовавшей мантрию Фрейда, но лишенную и его творческого настроя, и радикализма его первоначальных концепций”.

Клинический психоанализ, на наш взгляд, несет решение нескольких задач в своем исполнении: 1) исследовательскую; 2) терапевтическую; 3) развивающую. Последовательное решение этих задач в душе у пациента, позволяет полностью перестраивать или трансформировать те бессознательные модели поведения, которые не обеспечивают эффективного приспособления к конкретной среде. Естественно, что процесс анализа бессознательного нужен не сам по себе, а для решения конкретных запросов человека. В то же время, классический психоанализ больше направлен на переработку бессознательным самого себя, что противоречит возможностям конкретного человека.

Процесс изменения отношения к психоанализу должен идти по нескольким направлениям:

1. Цель психоанализа. Клинический психоанализ представляет развивающую составляющую, направ-

ленную на углубление самосознания человека посредством ознакомления его с истинными мотивациями, влечениями и желаниями. Это позволяет человеку лучше разобраться в своих потребностях и эмоциях. Таким образом, психоанализ становится более универсальным средством модификации человека.

2. Содержание лечебной сессии. Современный психоанализ направлен на вскрытие конфликтов между приобретенными потребностями, развивающимися в процессе социализации человека. И, естественно, что главный акцент анализа делается не только на травмирующих переживаниях детства, сексуальных переживаниях, а и на актуальных ситуациях и проблемах сегодняшнего дня.

3. Активная работа с бессознательным. Классический психоанализ предпочитал модель пассивного, молчаливого врача, который выслушивал признания больного. Современный психоанализ имеет тенденцию к более активной позиции врача, который устанавливает контакт с пациентом и чаще интерпретирует его переживания.

4. Гибкость психоаналитического метода. Личность человека и его наклонности влияют на выбор соответствующих средств, темпа и времени лечения, что повышает эффективность психоаналитического лечения.

Здесь необходимо обратить внимание на фразу З.Фрейда: “То, что идет на пользу терапии, приносит вред исследованию”. В этой фразе сконцентрирована противоречивость учения З.Фрейда. Он периодически выступал как исследователь бессознательных процессов и, тогда гипноз и внушение становятся помехой для исследования. Но как врач-клиницист, занимающийся лечением больных, он признает необходимость и существенную помощь со стороны гипноза и внушения. Как врач он постоянно пользуется этими составляющими лечения. Он как бы подтверждает в своих оговорках – “Это становится возможным благодаря изменению Я, которое совершается под влиянием врачебного внушения” (Аналитическая терапия, 1989). В своих оговорках З.Фрейд постоянно сравнивает свое лечение с гипнотизмом и отдает должное этому методу.

Таким образом, не смотря на то, что З.Фрейд декларировал отход от гипноза и внушения, как ученый-исследователь, однако, он постоянно возвращался в своих работах, в своих сравнениях, в своих оговорках как врач-практик, к значению гипнотизма и внушения при лечении больных.

Приводя вышеизложенные данные, мы стремились показать исторические тенденции, сложившиеся вокруг понятия “психоанализ”, и не ориентировались на поиски доказательства, подтверждающих ту или иную концепцию, а преследует цели оптимизации и повышения эффективности лечебного процесса.

Необходимость подробного рассмотрения взаимоотношений суггестии и психоанализа связана с тем, что совершенно другая ситуация с гипнотизмом и психоанализом сложилась в России.

Многие авторы (А.И.Белкин, 1989, 1992; Давы-

дова М.И., 1989, 1991; А.В.Литвинов, 1994; В.М.Лейбин, 1988, 1990, 1991, 1992, 1994; А.Н.Харитонов, 1992; В.И.Овчаренко, 1992; А.А.Пружинина, 1991; И.Е.Сироткина, 1995; А.М.Эткинд, 1990, 1991, 1993 и др.), занимающиеся историей психоанализа в России, концентрируются в основном на начальном этапе второго периода развития психоанализа в России (1918 - 1940). Однако, по нашему мнению (Б.Е.Егоров, 1993), основа клинического психоанализа в России сформировалась в первый период (1890 - 1917). Этот период ознаменовался «русским вариантом психоанализа», который отличался своеобразием теоретических концепций, связанных с интерпретацией бессознательного и особым практическим применением (психоанализ + гипнотизм). Период характеризовался, прежде всего, тем, что все закономерности отрабатывались в клинике психиатрических лечебниц, врачи-психиатры выявляли закономерности работы с бессознательной сферой пациента и отражением этих феноменов в клинической картине. Психоанализ в России изначально встраивался в клиническую психиатрию и воспринимался как лечебный, исследовательский и развивающий личность метод. Впоследствии психоанализ в российской психиатрии начал играть роль психологического направления, как альтернатива соматическому направлению.

Русские врачи уже выбирали, в зависимости от своего интереса, то или иное направление психоанализа, что воспринималось основоположником психоанализа крайне болезненно (З.Фрейд, 1923).

Одной из особенностей Российской медицины является ее природная направленность и гуманизм (Н.Н.Баженов, В.М.Догель, С.С.Корсаков и др.). Если в природе наблюдаются многие феномены, необходимые при лечении пациентов, то нет необходимости создавать новые фантастические теории и гипотезы, достаточно внимательно наблюдать за обычной жизнью, за природой. Психиатр и психотерапевт П.П.Подъяпольский в связи с этим высказал следующую мысль: «Мы многое «узнаем», но нового «не создаем». Мы только повторяем природу ... мы подражаем ей» (1903).

В этом огромное отличие от западных психотерапевтических школ. Если на Западе каждый руководитель школы требовал в обязательном порядке скрупулезного следования инструкции, а любое нарушение инструкций приводило к конфликту с основоположником (З.Фрейд, А.Адлер, К.Юнг, В.Штекель и др.), то в России каждый раз приспосабливалась идея, а не инструкции к конкретному исследователю и конкретному пациенту. В России существовал своеобразный эклектизм в отношении различных методов лечения (Н.Н.Баженов, В.М.Бехтерев, Н.А.Вырубов, С.С.Корсаков и др.). Приветствовался универсализм в использовании методов психотерапии при лечении пациентов, для их быстрой стабилизации. А после выздоровления пациента проводилась идентификация с теми или иными инструкциями и указаниями основоположников.

В области лечения больных психоанализом русские врачи решали несколько задач:

-
- 1) поиск техник, помогающих быстрейшему пониманию и решению бессознательных проблем пациента;
 - 2) определить место и значение внушения и гипноза при интерпретации бессознательного;
 - 3) определение собственного отношения к сексуальным проблемам детства и их влияние на дальнейшее самочувствие пациента.

Естественно, что участь “незамеченных” была уготовлена русским психиатрам, которые отличались хоть чем-то от взглядов основоположника. З.Фрейд их “как бы не заметил”. Однако, не смотря на это отношение, З.Фрейд отправлял статьи о психоанализе в московский журнал “Психотерапия” и публиковал одновременно их на немецком языке (1911, 1912, 1913, 1914).

Особенность развития психоанализа в России состоит в том, что этот метод не вышел за рамки психиатрии и психотерапии. И если сам З.Фрейд допускал возможность заниматься психоанализом не врачам, то в России на первом этапе развития психоанализа этот метод полностью находился в психиатрии. И, таким образом, психоанализ получал прекрасное основание для своего развития. Пока это положение вещей сохранялось - психоанализ был практически неуязвим, его можно было критиковать, но, с исключительно, медицинской позиции.

Доктор Г.Б.Геренштейн, развивая российский психоанализ, как врач-психотерапевт, написал: “Я охотно соглашусь с фанатиками психоанализа, которые мне скажут, что здесь обойдены многие основы, на которых зиждется это учение, что это не есть классический психоанализ. Я согласен и отказаться от того, чтобы эти случаи считать психоаналитически излечеными. Для меня важно лишь то, что эффект наступал в то время, как в этих случаях ни один из применявшихся здесь других видов суггестивной или rationalной психотерапии его не давал. Назовут ли эти случаи лечебными психоаналитически, психоанамнестически (Mayeur), психосинтетически или просто психологически, но нам кажется, что правильнее считать, что здесь имело место психоаналитическое лечение, хотя бы потому, что эффект излечения обязан той предпосылке, с которой мы подходим к таким больным или, вернее, к тем избранным основам психоанализа, которые служат для меня в таких случаях скрижалими в процессе психотерапевтической беседы” (1927).

Психоанализ в России всегда был достаточно эклектичным. Начиная с Первого съезда Русского Союза невропатологов и психиатров, когда было проанонсировано три направления в психотерапии: внушение, убеждение и психоанализ; российские врачи попаременно посещали всех ведущих психоаналитиков Европы. Постепенно они разделились на несколько групп по внутренним представлениям о теории и практике.

Ортодоксальная группа: последователи З.Фрейда – В.Вульф, проф. Ермаков, доктор А.А.Певницкий и др.; последователи К.Г.Юнга – М.М.Асатиани и др.; последователи А.Адлера – Н.А.Вырубов, Кан-

абих Ю.В., А.Н.Бернштейн, Е.Н.Довбня, Н.Е.Осипов, Л.С.Выготский и др. Причем, это разделение было условным, т.к., практически, трудно разделить идеи, которые, по многим позициям, совпадали, по многим позициям, повторяли друг друга и, по многим позициям, разными словами, говорили об одном и том же. Однако, учитывая исторические данные и наши исследования, наиболее мощным было представлено направление психоаналитических взглядов Альфреда Адлера, как прагматика психоанализа, и, наиболее близко подходящего своими работами к идеям, которые развивали российские психиатры-психотерапевты. Какие же идеи А.Адлера стали наиболее привлекательными для российского психоанализа?

Это, прежде всего, взаимоотношения между врачом и пациентом – центральная проблема в психоанализе. По взглядам А.Адлера роль психотерапевта-психоаналитика должна быть таковой, чтобы пациент не чувствовал неравенства между собой и врачом. По мнению Адлера, атмосфера сеанса, где врач сидит отгороженный от пациента, лежащего на кушетке, не способствует ощущению равенства. Адлер предпочитал работать лицом к пациенту и участвовать в свободной дискуссии. Сеансы его были реже и, сравнительно с ортодоксальным анализом, короче. Адлерянская система психотерапии видела задачу психотерапевта в том, чтобы объяснить, когда это становится очевидным для самого врача, в чем пациент заблуждался и заблуждается, вырабатывая свой жизненный стиль. Заинтересованность врача, теплота и активное участие в проблемах пациента сводили к минимуму ощущение последнего, что его порицают и критикуют. Все это, как нельзя лучше, отвечало поведению российских психоаналитиков, подходящих к пациенту с позиции равенства и взаимного уважения. Адлер никогда не подозревал пациентов в попытках обмануть врача, навязать ему некую “рационализацию” вместо искреннего признания. Любовно-дружеские отношения, готовность обсуждать с пациентом его проблемы на основе полного доверия, равноправия и дружеского участия представлялись Адлеру более подходящей основой для излечения неврозов, чем “дистанция” по отношению к пациенту и отвлеченные умствования по поводу его истинных мотивов. Каждый случай лечения, как и каждый случай общения людей, должны рассматриваться как неповторимые и индивидуальные. Общие правила - это лишь вспомогательные средства. Гораздо важнее для успеха лечения психологическая гибкость терапевта, ощущение нюансов, прагматизм и верность здравому смыслу. Все этоозвучно российскому психоанализу и первые психоаналитики практически приветствовали взгляды А.Адлера. Доктор медицины Н.Е.Осипов в своих работах писал (1910): “Врач-психотерапевт, в сущности, ведет свое лечение всегда более или менее самостоятельно; от Dubious, Freud'a, Oppenheimer'a, Rosenbach'a и др. мы получаем только известные мысли, известные знания, но, собственно, всякий случай психотерапевтического лечения – есть акт твор-

ческий со стороны врача". На сегодня, в различных странах, психоанализ проделывает значительную эволюцию. Но наблюдение за современным изменением психоаналитической теории и практики показывает, что идеи высказанные Альфредом Адлером

в начале века были наиболее оптимальными для работы с пациентами. Естественно, сейчас эти взгляды должны быть подвергнуты переосмыслению, в связи с прошедшим временем, и наиболее прагматичные идеи должны работать на благо пациентов.

ИССЛЕДОВАНИЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Проф. Б.Е.Егоров, Е.М.Донец

г. Москва

Хроническая ишемия головного мозга сопровождается развитием личностных изменений у данной категории больных.

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающий, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, внутреннего напряжения, приводящего к усугублению соматического заболевания, снижения эффективности терапии.

Высокая личностная и ситуативная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциями, невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Нами были проведены обследования 52 больных с хронической ишемией головного мозга, среди которых были лица трудоспособного возраста 47,5%, женщины составили 65,4%, мужчины 34,6%. Длительность заболевания варьировала от 2-х недель до 17 лет, в среднем 7,5 лет.

В рамках обследования проведено:

- экспресс-исследование уровня ситуативной и личностной тревожности при помощи теста Спилбергера, модифицированного и адаптированного в России Ю.Л.Ханиным (1976);

- исследование эмоционального состояния и уровня функционального состояния и активности с помощью цветового теста Люшера;

- определение уровня тревоги и депрессии по госпитальной шкале;

- исследование бессознательного пациентов с использованием модифицированной методики рисуночных тестов, адаптированной для прогностического анализа бессознательного у пациента профессором Егоровым Б.Е. (1995-2001 г.г.)

Исследование выявило высокий уровень тревожности у больных с ХИГМ в 72,5% и средний уровень тревожности у 30% больных.

Эмоциональное состояние у 20% больных - негативное, близкое к стрессовому, с невысоким или удовлетворительным уровнем функционального состояния и активности.

5% больных находились в состоянии стресса, с неудовлетворительным уровнем функционального состояния и активности.

Для эффективной психотерапии, определения декомпенсирующих проблем, приводящих к эмоци-

ональному напряжению больного и стрессу, повышению уровня ситуативной и личностной тревожности, успешно использовались прогностические рисуночные тесты.

Врачу психотерапевту в практике необходимо иметь методы, сочетающие в себе 2 принципа: это экономичность (время определения) и информативность (количество). Этим двум принципам полностью отвечает прогностическая рисуночная методика.

В рисуночных методиках мы активно выясняем основные бессознательные переживания пациента, декомпенсирующие его состояние. Метод позволяет, хоть частично, обойти сопротивление пациента, выяснить направленно скрываемые неосознаваемые или частично неосознаваемые проблемы и переживания.

Любые переживания, эмоциональные феномены, вызывают функциональные сдвиги в работе соматических органов.

Длительные вегетативные расстройства при хронических стрессах вызывают уже органические изменения во внутренних органах. Ключ к подобным органическим процессам лежит в эмоциональных переживаниях, а определение этого ключа и работа с этими переживаниями, как бы включает заводящий процесс, разрывает замкнутый круг формирования болезни, и вместе с воздействием на органы и ткани ведет к излечению или компенсации в работе организма.

В данном исследовании выявлены общие особенности декомпенсирующих проблем в бессознательном у больных с ХИГМ, которые лежат в основе клинических проявлений и усугублений симптоматики болезни, повышения уровня тревожности, эмоционального напряжения, приводящего к развитию стресса.

Бессознательные переживания могут быть как полностью неосознанными, так и вытесненными, частично вытесненными, понимаемыми, но неосознаваемыми, а так же осознаваемыми процессами, которые и влияют на формирование эмоционального отношения пациента к себе и окружающему миру.

Имея такой материал в совокупности с анамнезом пациента и клинической картиной его состояния, психотерапевт имеет возможность начать метод уп-

равления “ущемленными ассоциациями” и выстраивать грамотно и эффективно как стратегию, так и тактику психотерапевтических воздействий.

Высокий уровень тревожности у больных с ХИГМ при анализе (интерпретации) рисуночных тестов выявил ряд декомпенсирующих проблем характерных для большинства пациентов с ХИГМ.

1. Первое, на что хочется обратить внимание – это 100% нарушение эмоциональных связей между членами семьи. Значительное место занимают нарушения эмоциональных связей между супругами, что, естественно, ведёт к нарушению половых отношений.

Тотальное нарушение удовлетворения половыми взаимоотношениями, нарушение сексуального удовлетворения, отсутствие стабильности и основы в этих отношениях или жестко идеализированное восприятие половых отношений выявлено у 12 больных – 23%.

Незначительные нарушения в половых отношениях, или периодически возникающие проблемы в области половых эмоций, замкнутость, робость - у 6 больных - 11,5%

Серьёзные нарушения в половой сфере у 8 больных - 15%.

Нарушение в правильном понимании половой принадлежности и полового воспитания с детства, отсутствие достаточно полного представления о половых отношениях и готовности к нормальному выполнению своей половой роли у 50 больных – 96%.

Пациенты не представляют из своего воспитания, что ему делать со своей половой принадлежностью, хотя наличие половой жизни отмечено у 24 больных – 45%.

Отмечено нарушение полоролевой идентификации себя как женщины у 18 из 34 женщин, что составило 53% всех женщин.

2. Выявлены нарушения межличностного общения.

Сохранность межличностного общения в полном объёме выявлена лишь у 14 больных – 27%.

У 38 больных - 73% выявлены различные межличностные нарушения в виде полного или частичного нарушения общения, или в виде иногда возникающих трудностей общения по отдельным вопросам.

Нарушения межличностного общения проявляются в виде:

- повышения тревоги, эмоциональной зависимости, чувства дискомфорта и скованности – у 26 больных - 50%;
- увиливания и негативизма – у 10 больных - 19%;
- тенденции к агрессивности в отношении окружающих или конфронтационные отношения, замкнутость - 19%;

- болезненное восприятие критики, стремление, вообще, не воспринимать никакой критики, избегать её - у 50% больных;

- в глубине души они ощущают отсутствие поддержки со стороны окружающих людей, ощущают одиночество, несмотря на наличие многочисленных родственников, и чувствуют, что не могут на них положиться в эмоциональных вопросах - 42%;

- у 42% развилось полное отсутствие доверия к окружающим и к самому себе. Эти пациенты чувствуют себя изолированными и глубоко несчастными;

- у 11% больных межличностные отношения нарушены до полного непонимания человека, отсутствия психологической основы для этого понимания, связанной с отсутствием в бессознательном тончайших эмоциональных компонентов понимания общения и связи между родителем и ребёнком, а также закрытостью понимания самого себя и окружающих.

Нарушение межличностного общения приводит к возникновению проблем в сфере деятельности пациента, нарушению производственных отношений, что выявлено у 16 из 25 работающих больных, что составило 64% работающих больных.

Нарушение межличностного общения базируется на низком уровне самооценки, чувство никчёмности, чувство одиночества, недостатка или отсутствия смелости, отчаяния мотивированного или немотивированного жизненными событиями.

Из 34 женщин только 2 имели высокий уровень самооценки.

Остальные 32 - 91% имели заниженный уровень самооценки, 4 (11%) из них имели самую низкую самооценку, требующую обязательную психотерапию.

Из 18 мужчин все имели разной степени выраженную заниженную самооценку.

Таким образом, нами выявлены и использованы основные акценты психотерапевтической помощи больным с ХИГМ:

1. Необходимость повышения уровня самооценки.
2. Необходимость нормализации половых отношений между супругами, формирование правильной полоролевой идентификации, стремление к сексуальному удовлетворению.
3. Особое внимание уделять проблемам, проходящим в семье, проводить семейную психотерапию, в целях восстановления тёплых эмоциональных отношений между членами семьи.
4. Проводить коррекцию межличностных отношений пациента.
5. Обращать внимание и корректировать производственные проблемы пациентов, правильно определять их профессиональную пригодность.

СОЧЕТАННОЕ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЕ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ (ОПЫТ ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ)

В.М.Егорова

г. Норильск

Состояние тревоги является одной из самых частых причин обращения пациентов за психотерапевтической и психиатрической помощью. В период с 1998 по 2000 г.г. (всего 1,5 года) нами было пролечено 23 пациента с тревожными расстройствами. Длительность заболевания от 6 месяцев до 5 лет. Возраст пациентов от 16 до 52 лет. В числе пациентов 16 женщин и 7 мужчин.

В группу пациентов, которым был выставлен диагноз: агорафобия, вошли 5 женщин и 2 мужчины. Картина заболевания определялась тревогой, страхом выйти на улицу одному, быть в толпе, ехать в автобусе и сочеталась с вегетативными нарушениями. Преморбидные особенности этих пациентов выражались в сенситивности, эмоциональной лабильности, склонности к созависимым отношениям с другими значимыми людьми (мать, муж). Хороший эффект оказывало назначение пациентам на короткий срок (10-12 дней) транквилизаторов, производных бензодиазепина (реланиум, феназепам), и на длительный курс (2-3 месяца) антидепрессантов (амитриптилин, анафразил). Проводилось индивидуальное психотерапевтическое лечение (от 5 до 20 встреч), с соблюдением принципов гуманистического клиент-центрированного подхода. В качестве ключевых методов использовались гештальт-терапия и символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия); а также анализ сновидений, предъявляемых пациентами, и техники нейро-лингвистического программирования.

В группу пациентов с диагнозом: паническое расстройство вошли 6 женщин и 2 мужчин. Картина заболевания характеризовалась пароксизмально возникающей тревогой с симптоматикой вегето-диэнцефального криза, сопровождающегося агорафобией, страхом смерти, или страхом безумия. Частота приступов варьировала от редких (1-2 раза в месяц), до частых (несколько раз в неделю). Преморбидные особенности данных пациентов проявлялись тревожно-мнительными чертами, эмоциональной лабильностью, внушаемостью, впечатлительностью. Сформировавшаяся зависимость в сочетании с враждебностью от значимых близких людей (мать, муж, жена) – выявлена в 6 случаях из 8. Пациентам этой группы на срок до 2 недель назначались транквилизаторы (элениум, реланиум, феназепам) и на длительный курс до 4 месяцев антидепрессанты (анафразил). Проводилась обязательная индивидуальная психотерапия, включавшая следующие методы: эриксоновский гипноз с применением метафоры, символдра-

мы, гештальт-терапии, техники НЛП.

В следующей группе с диагнозом: социофобия, пролечены 4 человека (3 женщины и 1 мужчина). Сюда вошли пациенты со страхом публичных выступлений, либо действий, сопровождаемых вниманием со стороны посторонних лиц. Преморбидно все они характеризовали себя как тревожно-мнительный тип со склонностью к реакции избегания. В качестве медикаментозного средства во всех случаях был назначен ксанакс, который с первой недели приема значительно улучшил фон настроения и снизил тревогу в публичных ситуациях. Обязательно проводилась индивидуальная психотерапевтическая работа с применением методов гештальт-терапии, терапии метафорой, техник НЛП.

В группу тревожно-фобических расстройств со специфической фобией вошли 4 человека (3 женщины и 1 мужчина). Это пациенты со страхом высоты – 1 человек, со страхом пребывания в темноте – 2 человека, и страхом полета в самолете – 1 человек. Преморбидно – это аффективно-неустойчивые, тревожные личности, или личности с истероидными чертами. В качестве медикаментозного лечения пациенты получали транквилизаторы (элениум, феназепам) и эглонил. Проводимая индивидуальная психотерапия включала в себя методы суггестии и метод символдрамы.

Хотелось бы отметить, что при назначении медикаментозных средств проводилась рациональная психотерапия с подробным доступным разъяснением механизма действия лекарств и косвенное внушение их быстрой эффективности. Достаточно скоро następuющее улучшение состояния вызывало у пациента чувство доверия врачу, облегчало эмоциональный контакт и способствовало результативности проводимой психотерапии. Проводимая психотерапия методами гештальт-терапии и символдрамы, а также терапии метафорой – позволила пациентам осознать чувства, скрывающиеся за симптомами, отреагировать на незавершенные ситуации, раскрыть, проработать и метафорически разрешить личностные проблемы и, в конечном итоге, достичь более высокого уровня личностной интеграции.

Таким образом, сочетанное фармакологическое (антидепрессанты) и психотерапевтическое воздействие с соблюдением принципов гуманистического подхода при лечении тревожных расстройств в большинстве случаев дают положительный эффект и приводят к значительному улучшению состояния.

ПРИМЕНЕНИЕ МОТИВА “ДОМ” В МЕТОДЕ СИМВОЛДРАМА У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В.М.Егорова

г. Норильск

В течение последнего года в нашей психотерапевтической практике стал применяться метод символдрама. Метод символдрама представляет свободное фантазирование в форме образов, “внутренних картин” на заданную психотерапевтом тему. Психотерапевт выполняет при этом сопровождающую, направляющую функцию. Известно, что в качестве основных мотивов символдрамы (темы первого уровня) предлагаются: Луг, Река, Гора, Дом, Лес. Символика мотива Дом достаточно хорошо известна: Дом – отражает понимание своего “я”, ощущение своей ценности, осознание своих достоинств; Дом – хранилище мудрости, Дом – вызывает ассоциации с телом и мыслию (т.е. жизнью) человека, Дом – символ женского начала, женской стороны самости. Мотив Дом подробно разрабатывался нами у 14 пациентов из тех 32, в ходе лечения которых применялась символдрама;

- Тревожно-фобические расстройства – 7 человек;
- Расстройства адаптации после психической травмы – 2 человека;
- Депрессивное состояние – 3 человека;
- Нервная анорексия с приступами булими – 1 человек;
- Злоупотребление опиатами, депрессивное состояние.

В 7 случаях из 12 первичный осмотр Дома внутри соответствовал имеющемуся у данных пациентов депрессивному состоянию, выраженному в той или иной степени – “дом маленький и пустой”, “заброшенный, как старая лодочная станция, там неуютно”, “внутри сырьо, заходить неохота, пусто” и т.п. Типическими реакциями на такое представление образа являлось чувство удивления и растерянности (“неужели у меня так плохо внутри”) и нарастающее желание изменений. Пациенты высказывали активное желание “найти новый дом”, “изменить дом”, “построить новый”, “все вымыть, выбросить старые вещи, заполнить дом мебелью”. В двух случаях было высказано желание “разрушить старый дом полностью”. Обстоятельная работа по изменению дома велась на протяжении от одной до трех встреч (а в некоторых случаях и самостоятельно), а по выходу из состояния измененного сознания проводилось обсуждение тех мыслей, чувств, воспоминаний, которые возникали в течение работы. Во всех этих случаях этап терапии с мотивом Дом становился переломным в ходе лечебного процесса, подталкивал пациента к самораскрытию и осознанию себя, психическое состояние менялось к лучшему. Здесь хотелось бы провести аналогию с другими случаями, когда пациенты рассказывают сновидения, возника-

ющие после нескольких встреч с психотерапевтом, где пациент видит – “разрушающийся дом”, “ремонт в старой квартире”, “необходимость убрать мусор в старой квартире”, что, обычно, означает осознание необходимости изменений и приводит к активизации лечебного процесса.

В трех случаях из описываемых 14 – пациенты обнаруживали в Доме образы людей или животных. В одном случае пациентка встретила девочку, похожую на нее в детстве, и в течение трех встреч проводилась работа с этим образом. В процессе этой работы пациентка осознала, что страх воды возник у нее в дошкольном возрасте и, с помощью метафорических воздействий на образ, она смогла разрешить свою проблему.

В втором случае пациент встретил образы, символизирующие его противоположные внутренние тенденции, и применение гештальт-техники (диалог полярностей) помогло отработать внутриличностный конфликт между пассивностью, слабохарактерностью и стремлением казаться агрессивным, всепродающим.

В третьем случае пациентка обнаружила в Доме образы трех сказочных медведей, и был применен принцип кормления, что позволило избежать конфронтации с той частью личности, которая вызывала тревогу, страх у пациентки.

В описанных трех случаях терапевтическая работа с образами, встреченными в Доме, выводила пациента на другой уровень осознания себя, решения внутренних конфликтов.

В 4 случаях из 14 мотив Дом использовался пациентами для нахождения источника внутренних ресурсов. Высказывались желания – “просто отдохнуть”, “накормить девочку”; проводился поиск старых вещей – фотографий, игрушек, книг. Полученная пациентами информация приводила к потоку эмоционально заряженных воспоминаний, достижению позитивного состояния.

У 7 пациентов метод символдрама чередовался с применением техник гештальт-терапии, и это сочетание было достаточно успешным, результативным в достижении целостности.

Таким образом, представление мотива Дом в методе символдрама приводит к позитивным результатам у пациентов с невротическими расстройствами; подталкивает к решению внутриличностных проблем, позволяет лучше понять себя и осознать необходимость “обновления”, смены установок и ценностей. Может быть рекомендован для психотерапевтической работы у пациентов с фобическими и депрессивными расстройствами, в тех случаях, когда пациент “застревает” и не происходит положительной динамики процесса.

ГИПЕРБОРЕЙСКАЯ СИСТЕМА ЦЕЛОСТНОГО ДВИЖЕНИЯ. ВОПРОСЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ.

Н.Кудряшов

г. Санкт-Петербург

«В человеке как в микрокосме представлен весь мир».

«Познай самого себя, и ты познаешь весь мир».

«Тело человека создано по образу и подобию Бога».

Древние мудрости.

«Осознай свое тело и законы его изменения, и ты познаешь весь мир»

Н.Кудряшов

1. ВВЕДЕНИЕ

Движение - это жизнь, это один из способов практического познания мира. Вряд ли кто-нибудь не согласится с этим утверждением. Такому познанию, без сомнения, помогает изучение форм воспроизведения действительности, например, при помощи определенных подражательных двигательных актов. Действительность, в этом случае, предстает совершенно в ином, чем обычно, свете. Движением можно описать любую эмоцию или любое психическое состояние. Движение очень информативно, но не многие об этом знают. Хотя, следует заметить, что формы воспроизведения действительности, при помощи телесной организации, обладают не только подражательным характером, они многообразны, как многообразен мир, окружающий нас. Мир, ежесекундно посылающий нам свое благословение.

Действительность и человек, познающий ее, едины.

Можно сказать, что искусное движение, то есть, осознаваемое движение «телесной волны» или «волновой функции тела» (ВФТ) - это способ открытия невидимой духовной «двери» в иной, более «тонкий», скрытый внутри каждого человека и вне его, мир. Мир, призывающий к познанию всего того, что находится за границей нашего повседневного осознания действительности. Искусная деятельность, в какой бы форме она ни проявлялась, всегда становится эстетически значимой.

Конечно же, в самой высокой степени это относится к телесному движению мастера, идеально владеющего «волновой функцией тела» (ВФТ), танцующего «танец жизни» художника-поэта, «живописца», воспроизведение действительности которого прекрасно в той мере, в какой запечатлевают высокое мастерство их создателя, его способность к образному освоению действительности и выражению ее при помощи тех средств, логика существования которых доступна человеку.

Материальный мир может быть представлен в качестве сочетаний волновых функций и их последовательностей (Бом, Гроф). Эти сочетания описываются агрегатными состояниями вещества или, если пользоваться эзотерической терминологией, «стихиями»: плазма (огонь), газообразное состояние вещества (воздух, пар), жидкое (вода), твердое (земля).

Тело человека, как и всякое материальное тело, также обладает волновой функцией (ВФТ) и также может быть представлено агрегатными состояниями вещества.

Освоение и осознание волновой функции тела (ВФТ) и ее фрактальных составляющих - вот основа предлагаемого способа оздоровления организма человека в целом и его опорно-двигательного аппарата в частности.

Материальный мир структурно выстроен в соответствии с принципом существования и распространения торсионных, то есть спирально-закрученных, волн. Об этом говорят многие современные физики и исследователи (16, 19, 20, 23, 35). Эти волны - или вибрации - за счет законов интерференции, то есть за счет законов наложения волн одна на другую, создают различные полевые образования, также подчиняющиеся законам турбулентных структур и являющиеся «базой» для образований различных объектов материи (Дэвис). Спирально-закрученные явления - вот основа всего, что происходит в материальном мире.

... Естественно, тот, кто изучает законы существования и распространения торсионных полей, практически, изучает законы построения и существования материального мира.

В гиперборейской системе целостного движения эти законы рассматриваются также, как и в научных физических лабораториях, но уже применительно к телесной организации человека, применительно к ВФТ. Эксперты системы, изучая спирально-закрученные процессы, протекающие в теле и вне тела человека, законы управления этими процессами, так или иначе, обнаруживают, что способны активно вмешиваться в них. И тогда понятие «тело сознания» - или осознаваемое тело - превращается не просто в постулируемый принцип познания мира, но и в достаточный механизм реализации такого замысла.

Сpirаль и волна – вот истоки материального мира, вот истоки нашего осознавания его...

Без всякого сомнения, об этом хорошо знали наши предки, гипербореи, те, кто оставили нам свое знание о мире в качестве памятников спирально-меандровой эпохи (33, 36). Разнообразные лабиринты, мегалиты (группы камней, расположенные на мест-

ности определенным образом, да еще, как правило, на местах геологических аномалий, то есть на местах разломов и контактов пород, над подземными водоемами и пустотами, создающими всевозможные выпукло-вогнутые «линзы», и т.д.), подземные ходы - вот неполный перечень оставшихся с тех пор материальных носителей древнего знания. Спирально-меандровая эпоха: 14-2 тыс. лет до нашей эры. Что мы знаем о ней?

Изучение спирально-закрученных явлений - вот основа нашего возвращения к утраченному знанию северных жителей планеты. Именно поэтому, в двигательной системе гипербореев, часть материала, который представляется вниманию читателя, изучаются волнообразные, спирально-закрученные траектории движения.

Немного о сути вопроса.

... Часто ли мы задумываемся о том, правильно ли мы движемся, с точки зрения соблюдения принципов «телесной волны» (ВФТ)? Правильно ли расположены суставы нашего тела в пространстве, соотнесена ли динамика изменения суставных углов в рамках единой парадигмы телесной организации, равномерно ли загружены мышцы, соотнесено ли наше перемещение с изменением центра тяжести тела, соответствует ли мотив нашего движения природной заданности? (1, 2).

Вопросов много, и не на каждый из них можно легко найти ответ.

Не секрет, что особое значение эти темы приобретают в настоящий момент времени, когда вопросы экологии, а тем более вопросы индивидуального экологически обоснованного поведения в природной среде приобретают все большее значение.

Значит, ответ найти нужно.

Предлагаемые мною для данной вышеобозначенной темы рекомендации являются частью результатов многолетних исследований целого творческого коллектива (2, 17, 35) и базируются на разработках древних славян в этой области, а также на принципах движения легендарных гипербореев (33, 36).

Они частично корректируют основные двигательные навыки человека в позитивную сторону, помогают обрести базу, способную описать движение не только с точки зрения его оздоровительного характера, но и с точки зрения максимально эффективного познания мира.

В этом - один из смыслов жизни человека, но мало кто об этом задумывается.

В связи с вышеизложенным, на первое место в системе целостного движения выступает принцип «осознавания тела», осознавания ВФТ. О чем идет речь?

Известно, что не всегда реальность соответствует тому, какое представление у нас сформировано о ней, какой образный ряд соответствует нашему представлению о мире. Освоить «тело осознаваемой реальности» – освоить как сложный, многофункциональный «инструмент» реализации замысла человека в материальном мире - так ставится вопрос в данной телесно-ориентированной системе.

Достигнуть этой новой реальности, познавая самого себя посредством телесной организации, - вот, благодарная задача, решение которой приблизит человека к своей сути, к пониманию вечных вопросов, стоящих перед цивилизацией.

Немного о затронутом вопросе.

Древние мыслители говорили: «Тело человека является перекрещающимися под определенными углами волнообразными движениями окружающего пространства. Оно является выражением суммы ритмических движений вечно изменчивых и вечно новых волновых функций.

Частицы движения, которые были вовлечены в этот ритм, составляют восходящую и нисходящую части волны. В каждый миг состояние вещества, в котором течет волна, меняется. Внутренние процессы выступают на поверхность, а верхние слои обращаются к глубинам естества. Форма волны выражает сумму движения всего окружающего мира. Волны движутся одна за другой, сменяя друг друга с течением времени. Движение - есть причина формообразования» (32).

Осознаваемое движение, траектории которого имеют строго регламентированный характер, может быть причиной осознаваемого формообразования.

Это серьезная тема.

В гиперборейской системе целостного движения существуют определенные упражнения, позволяющие эффективно решать задачи осознавания тела и его динамики. Эта последовательность упражнений представляется как оздоровительная МЕТОДИКА, способствующая индивидуации человека (К.Юнг), повышению социальной адаптивности конкретного человека или группы людей, обретению ими в процессе выполнения, определенным образом, выстроенных упражнений не только психической, но и соматической целостности.

Многие упражнения этой методики взяты из традиционных восточных и западных практик с использованием элементов телесно-ориентированной психотерапии (Райх, Лоэн, Фельденкрайз, Рольф и другие).

... Данный материал определяет последующую работу по достижению человеком внутреннего бытия и ассилияции в реальности его психоидного архетипа. Это достигается за счет декларации и практической деятельности по освоению выбранной модели психосоматической целостности, за счет расширения сознания человека в отношении его телесной организации, в целом, а также ее динамики, в частности. С момента, когда тело изучается, не с точки зрения «карательной анатомии» (Арто), а с точки зрения его феноменальных возможностей, возможно применение по отношению к нему достаточно «мягких» техник. Например, техник аналитического сопровождения (Юнг) при «погружении в глубину» телесного осознавания.

В этом случае возможна следующая постановка задачи:

- максимальное раскрытие личности, с точки зрения познания ею своей глубинной телесной предна

наченности (речь идет о резервных возможностях организма и о расширении диапазона восприятия мира, в связи с их использованием);

- максимальная индивидуация личности для выбранной модели изучения мира;

- возврат личности к осознанному проживанию в социуме и Природе, с учетом проделанной работы.

Таким образом, читателю представляется одна из «телесных парадигм», базирующаяся на знаниях древних гипербореев.

Эта телесная парадигма способна также обеспечить соответствующими кластерами каждый известный человечеству архетип, включая проекции теневых сторон личности как символическую ассоциацию «животных» архетипов, а также более высоких проекций неосознаваемого («анима» - «анимус», «учитель» и так далее) (24).

Любой из этих архетипов представим в символах, в том числе в символах телесного осознавания мира.

... Именно к этому материалу обращается система целостного движения. Каждый из видов локального психического конфликта должен быть соотнесен с телесными диагностическими критериями, обеспечивающими устойчивость спектра состояния сознания человека (Уилбер): нахождение в «регионе» спектра состояния сознания не должно восприниматься человеком как событие, «из ряда вон выходящее», и, наоборот, перефокусировка спектра состояния сознания человека может рассматриваться как тест на невротизацию.

2. ИСТОРИЯ ВОПРОСА

На состояние психической целостности индивидуума, без сомнения, влияет физическое состояние его тела. Более того, автор берет на себя смелость утверждать, что психическая целостность имеет отношение, прежде всего, к осознаванию человеком своего тела, его динамических способностей, законов его существования, в том числе, в окружающем мире. «Человеческий организм - микропроекция процессов, текущих в космосе», «В человеке как в микрокосме представлен весь мир» - говорят древние поговорки, и в этом есть определенный смысл.

Рассмотрим данную концепцию сквозь призму системы целостного движения.

Психосоматическая медицина отмечает некоторые корреляции между заболеваниями, например, позвоночника и психическими отклонениями человека (25, 39, 40). Известно также, что определенному психическому заболеванию соответствует гипертонус или гипотонус мышечных групп и отдельных мышц. Все это значительные «веши», подтверждающие, что выбранный в системе целостного движения путь обладает скрытой потенцией, способной привести к истине, которая базируется на постулате: соматика и психика оказывают взаимное влияние друг на друга.

Все древние и современные эзотерические учения, так или иначе, обращались к этому постулату,

обращались к понятиям «тело» и «сила» - это тоже немаловажный факт (34).

В одной из древнейших практик человечества - в индуизме - тело человека рассматривалось как открытая система, содержащая в себе определенную энергетическую конструкцию. Сила, «древлющая» в основании копчика человека (то есть его генетический код, «сила» жизни - автор) при «пробуждении» специальными упражнениями и процедурами, способна «подниматься вверх», «высветляя» при этом локальные области энергетической системы человека, называемые «энергетическими центрами» или «чакрами». Мистические переживания человека при этом процессе зависели от того, в какой части позвоночника концентрировалось внимание практикующего. То есть тело человека, а точнее, его позвоночник, рассматривался в этом древнем учении как форма, обладающая скрытым содержанием в области психических моделей мира, доступ к которому возможен при соблюдении определенных, вполне обоснованных условий (17, 34).

Буддизм, несколько с иной точки зрения, подходит к вопросу феноменальных возможностей человека. В этом учении есть понятие «соматии» («самадхи») – это состояние, когда тело человека находится в «каменно-неподвижном состоянии» (stone-still stale). Основные параметры этого состояния: холодное, твердое на ощупь, «каменное» тело, обмен веществ в котором снижен до нуля, заблокирована активизация липидических ферментов, приводящих к разрушению тканей; тело не подвержено действию микробов, в нем соотнесены свойства водных растворов, из которых состоит тело, с принципами существования торсионных процессов в сингулярных фазах.

К этому уникальному состоянию, способному продлевать физическую жизнь тела на десятки лет и даже на столетия, стремятся многие исследователи феноменальных возможностей организма человека.

Опять речь идет о теле человека и об использовании его прикладных возможностей (34).

Известно, что Иисус Христос лечил людей мановением руки, освобождая тело больного от излишка напряжения или расслабления, от излишка «закруток» торсионных процессов, от излишка того, что в современной науке называется «продуктами локального геофизического резонанса» (А.Н.Синяков).

Эта тема интересовала и современных ученых.

Известно, что основоположники телесно-ориентированной терапии - Райх, Лоуэн и другие - диагностировали психические заболевания по отклонениям в физическом теле.

Это тоже подтверждает, что выбранное направление поиска истины верное.

Российский исследователь индийской традиции - А.Сидерский - на основе многолетних практик и наблюдений убедительно доказал, что тело человека - специфическое приемо-передающее устройство, где в качестве элементов, позволяющих «работать» в максимально широком диапазоне частот, используются определенным образом расположенные в про-

странстве кости, хрящи, фасции, связки, мышцы и другие тканевые конгломераты человека. Чем неадекватнее обыденному положение тела человека в пространстве, тем более широкий диапазон состояний сознания доступен ему.

Этот вывод тоже подтверждает правильность выбранного в системе целостного движения направления познания мира.

Известный исследователь России Н.М.Амосов утверждает, что «старение человеческого организма можно заменить физической нагрузкой». То есть, правильное воздействие на тело способно переориентировать процессы, текущие в организме на уровне клеток, и даже на уровне его генофонда. Это прямо говорит о том, что в теле человека существуют механизмы, доступ к которым позволяет решать вопросы на клеточном и даже генетическом уровнях его организации.

Получается, что тело человека уникально и универсально.

Известно, что голотропные дыхательные техники, психodelические и галлюциногенные вещества изменяют биохимический баланс организма человека, что приводит к уникальным «путешествиям сознания», в которых перцептивная, когнитивная, трехмерная, механистическая модель мира не является единственной.

И это не все, что имеет отношение к телу. При приеме некоторых наркотиков, например, у наркоманов возникает ощущение «раскрепощенного тела», даже «открытого тела», а фокус внимания, при приеме определенного «зелья», как правило, концентрируется в области сексуального энергетического центра, расположенного на уровне лобка. Эти ощущения настолько сильны и ярки, что «наркотическая зависимость» - что бы ни говорили по этому поводу исследователи - это, прежде всего, привязанность именно к этим ощущениям. Это «тайна» любого наркомана: «открытое тело» и «пластичное сознание», позволяющие достигать специфического психосоматического состояния. Именно утрата остроты этих ощущений заставляет человека все время увеличивать дозу принимаемого «зелья». Он «помнит» о них и стремится к их повторению до тех пор, пока не наступит процесс разрушения отделов головного мозга, отвечающих за двигательные модели осознаваемого тела (34).

И опять речь идет о теле.

Техника «плястицы» в гиперборейской системе целостного движения – это техника, позволяющая эффективно и в течение небольшого промежутка времени достигать состояния «раскрепощенного тела». Пластичность телесной организации при этом – лишь способ идентификации специфического состояния «пластичного» сознания. Пальцы человека в этом состоянии находятся в тонусе, плавно перемещаются в пространстве, описывая красивые гармоничные траектории, тяготеющие к телесной символике и архетипическим контекстам. Нарушение такой двигательной модели говорит о нарушениях на «тонких» планах структур мозга, отвечающих за эк-

страпирамидальные двигательные, иерархические модели человека. Это хорошо видно по движениям пальцев рук наркоманов: они выписывают очень странные траектории в пространстве, траектории, называемые в определенной лексике «пальцы веером» и «козы». Каждое из этих положений четко опирается, на какой стадии разрушения находятся определенные отделы ГМ. То есть, в данном случае, тело сигнализирует о нарушениях на глубоких уровнях психической деятельности человека (2, 35).

В серьезных масонских источниках говорится о корреляции частей тела человека с космическими образованиями вселенной различных уровней организации.

... Все эти вопросы относятся к теме «картографий состояний сознания» человека и к его способности осознавать свое тело, его динамические способности и законы изменений.

Все вышеизложенное позволяет сделать интереснейший вывод.

По мнению автора этой работы, материальное тело человека – есть квинтэссенция психических моделей мира, спроектированных в качестве анатомических клеточных конгломератов в диапазон их возможной идентификации сенсорными системами человека.

Этот аспект - основа предлагаемой методики.

Это универсальная методика, позволяющая по нюансам состояния и движения позвоночника в целом, его отделов и отдельных позвонков, начиная с самых «древних» - копчика и крестца - и заканчивая атлантом, определить проблему человека в областях логической и образной сфер деятельности, в области пирамидальной и экстрапирамидальной двигательных иерархических систем, выработать необходимую программу по их устранению и получить целевые упражнения для реализации составленной программы.

Сейчас уже можно говорить о том, что для того, чтобы избирательно работать с каждым из отделов позвоночного столба, необходимо сформировать определенную «телесную конструкцию», которая оптимально соответствовала бы законам существования волновых функций. Практически, эта задача решена в системе целостного движения. Более того, сейчас уже можно говорить о том, что при помощи сформированной в пространстве «телесной волны» возможно избирательное и целевое воздействие в трехмерных координатах на любой позвонок позвоночного столба человека в отдельности (О.Полевая, Москва, психолог-кинесиолог). Это новое «слово» в лечебно-оздоровительной практике ЛФК. Для каждого из отделов позвоночного столба - шейного, грудного, поясничного и крестцового - возможна идентификация своих «эталонов здоровья», система целостного движения способна обучить любого человека самостоятельно диагностировать и вырабатывать рекомендации по устранению любой проблемы, связанной с позвоночным столбом.

Когда человек сможет оценить, почему у него возникли болевые ощущения в позвоночнике и в

теле, в целом, когда в его руках окажется методика, способная активно влиять на происходящий процесс, он сможет отличать, так называемую, «корешковую этиологию» от физиологических и патологических изменений.

Немного о сказанном.

Известно, что циклическая иннервация внутренних органов и систем жизнедеятельности человека осуществляется посредством нервных взаимосвязей – от позвоночника, точнее, от спинномозговой жидкости, находящейся в нем. Если такая иннервация в результате неправильного положения позвонков в позвоночнике производится с отклонениями, то у человека могут возникать боли в различных частях тела. «Если болезней много - это болит позвоночник» - говорит древняя поговорка о так называемой «корешковой этиологии». Современные исследования подтверждают высказанный древними постулат.

Как отличить «корешковую этиологию» от физиологических и патологических отклонений в организме человека?

Довольно просто.

Во-первых, по положению соответствующего отдела позвоночного столба. Во-вторых, если применяемые медикаментозные средства не дают эффекта, а задача лекарств, прежде всего - устранять болевые симптомы, то это означает, что Вы имеете дело с отклонениями в иннервации внутренних органов от позвоночного столба, то есть, имеете дело с «корешковой этиологией», и лекарства, в этом случае не, всесильны.

Что же делать?

У Вас есть выход из создавшейся ситуации - возможность применить методику системы целостного движения, и добиться необходимого результата.

Данная методика способствует устраниению излишних шейного и поясничного лордозов, грудного кифоза позвоночного столба; устраниению сколиозов в обеих плоскостях; выравниванию волновой функции позвоночника, в целом, как части опорно-двигательного аппарата человека; выравниванию волновой последовательности позвонков и межпозвоночных дисков; перераспределению мышечных усилий в благоприятный режим их работы.

Выравнивание волновой функции позвоночника, позвонков и межпозвоночных дисков способствует профилактике таких заболеваний как остеохондроз, артроз, артрит и многих других, что, в свою очередь, благотворно воздействует на состояние человека, в том числе, на его психическое состояние.

Именно поэтому, автор берет на себя смелость утверждать, что данная методика, при правильном ее применении, способствует индивидуации человека или группы людей.

3. ПРАКТИКА В СИСТЕМЕ ЦЕЛОСТНОГО ДВИЖЕНИЯ

Отдельно хочется отметить, что методика, предлагаемая читателю, экологична, так как в ней функционально используется весь цикл работы с пациентом:

от первого обращения за помощью до благодарности инструктору ЛФК за проделанную работу.

В чем ее смысл?

Методика оздоровления позвоночного столба состоит из следующих этапов:

- оценка привычного для человека положений «стоя» и «сидя», с точки зрения идентификации его модели описания мира (каждый из диссонансов осанки в обоих положениях имеет определенный мотив и обеспечен социумными программами «подражания»; его необходимо зафиксировать и использовать как «ключ входа» в модель «мира незддоровья» пациента - в его способ актуализации базального конфликта - и «выхода» из нее в предполагаемую «модель здоровья» - «в обобщенную телесную модель индивидуации»);

- оценка конкретных изменений позвоночного столба (оценка «модели незддоровья позвоночного столба»), как способ идентификации конкретных отклонений телесной организации человека от обобщенной «модели здоровья», способствующей его индивидуации. Выработка гаммы упражнений для конкретного пациента с целью восстановления функциональности его телесной организации и, значит, его психической, а затем и физической целостности;

- оценка динамических свойств телесной организации:

1. состояние вестибулярного аппарата (пожилые люди с тревогой относятся к отклонениям их позвоночника от вертикального положения и к его вращениям);

2. состояние функциональной асимметрии мозга: то есть то, насколько симметричны движения человека относительно его оси симметрии;

3. состояние «ведущего ритма» человека (право- и левозакрученность динамики, восходящие-нисходящий принцип движения, экстра- и интровертность психотипа);

4. состояние пирамидальной и экстрапирамидальной двигательных иерархических систем: нарушения на уровне фрикционных, латеральных и ротационных моделей движения, излишние движения головой, бедрами, «нарушенные пальцовые» и так далее;

5. плавность движений для различных уровней позвоночника (анализ динамических психических функций человека).

- оценка возможной «модели незддоровья» человека по позвоночному столбу;

- «погружение» в «модель здоровья позвоночного столба» при помощи 33 полных восьмеркообразных вращений позвоночного столба (по количеству позвонков позвоночного столба - с учетом малоизученных копчиковых) при использовании спин-контрспиновой волновой функции тела;

- оценка необходимости использования определенной волновой функции для «выхода» из «погружения». Использование метода «выхода» из погружения;

- оценка последовательности телесных коммуникаций после «выхода» из «погружения»;

-
- использование элементов техники безопасности данного метода.

4. О КОРРЕЛЯЦИИ МОДАЛЬНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА С ЕГО ДВИГАТЕЛЬНЫМИ СТЕРЕОТИПАМИ

В разработках системы целостного движения все модели мира, так или иначе проявленные в реальности и воспринимаемые сенсорными системами человека, рассматриваются с точки зрения их смысловой идентификации. Для реализации этой задачи в материальном мире мною выбран метод исследования динамики телесной организации. А также предложен постулат: «Тело и его динамика - инструмент познания мира посредством познания самого себя».

Такой подход не претендует на исключительность. Вспомним слова Гермеса Трисмегиста: «Тот, кто знает себя, знает все».

... В нейро-лингвистическом программировании, в сенсорных и перцептивных системах эмпирически составлена картография двигательных стереотипов, коррелированных с презентацией модальностей, то есть способов восприятия мира посредством сенсорных каналов, и стратегий их использования.

К ним относятся:

- глазодвигательные стереотипы;
- звуко-резонансные тканевые и мышечные реакции ушной раковины, основанные на принципах использования «стоячей волны»;
- мышечные реакции, обеспечивающие дыхательную систему;
- мелкая моторика конечностей и отдельных мышц;
- мелкая моторика тканевых конгломератов вегето-сосудистой системы;
- низкочастотная динамика телесной организации в целом.

В системе целостного движения, которая рассматривает тело человека и его динамику как генератор излучений в широком диапазоне частот, разработаны оценочные критерии, определяющие соответствие отдельных мышечных реакций при низкочастотной динамике тела эмпирически выбранной «обобщенной динамической модели здоровья телесной организации». Эта модель не более, чем модель, но принципы ее построения ориентированы на проекции форм существования торсионных полей в материальном мире и имеют определенную «обобщенную значимость» для материального мира.

Итак, о критериях соответствия этой модели.

Эти критерии строго определены.

В системе целостного движения ограничением возможных вариантов развития траекторий движения являются следующие принципы:

- любая траектория движения должна обеспечивать равновесное и равнопрочное состояние тела человека, в целом, при помощи соотнесения его центра тяжести с распределением «силовых магнитных линий» конкретной местности, региона и планеты, в целом, с «центром тяжести» окружающего мира на

любом уровне его организации; должна обеспечивать равновесность использования сенсорных каналов;

- любая траектория должна быть волнообразной или спирально-закрученной (этот параметр тестируется находящимся в постоянном вращении предметом, связанным с телом), а также циклической; для аудиального диапазона проверяется принцип «стоячей волны»;

- любое движение «танца жизни» тела, обладающее свойством волны, должно обладать «силовой» значимостью, то есть обладать эффективностью, с точки зрения основного смысла эволюции;

- любое движение должно находиться в диапазоне его астрологической идентификации, как волны динамического, телесного резонансного контура («тело - приемо-передающая «антенна», состоящая из различных по удельной плотности материалов: костей, сухожилий, мышц и так далее»);

- любое движение «танца жизни» тела должно обладать оздоровительным характером;

- двигательный акт должен обладать суггестивным, завораживающим воздействием.

Если какой-либо из этих принципов не выполнен, движение не считается целостным, с точки зрения системы целостного движения.

Обычный человек, с точки зрения системы целостного движения, находится в измененном состоянии сознания (ИСС). Об этом говорят: - несоответствие его привычных двигательных стереотипов, выбранной в гиперборейской двигательной системе «обобщенной модели здоровья», - несоответствие спирально-закрученной концепции распространения любой формы существования торсионных полей телесному движению.

Напомню, что, в соответствии с наиболее распространенной научной теорией, поддерживаемой целым рядом известных специалистов, торсионные поля - основа материального мира.

Проекции форм существования торсионных или спирально-закрученных полей наполняют материальный мир смыслом существования. В некоторых разработках они называются турбулентными, дискретными и определяют способы идентификации реальности при помощи сознания (16, 19, 20, 35).

В настоящее время для биосистемы «человек» характерны пять основных способов идентификации сознанием процессов окружающего мира, посредством сенсорных каналов ввода – обработки – вывода информации при помощи пяти органов чувств. Эти способы в некоторых эзотерических системах не без основания названы «иллюзорными», а сам материальный мир, в связи с этим, - «миром иллюзий».

Действительно, доступный человеку диапазон частот, в котором он воспринимает мир, далеко не полон. Вспомним хотя бы о том, что в пространстве нашего существования присутствуют радио- и другие, не идентифицируемые сознанием, волны.

... Древнеамериканская цивилизация майя, в отличие от знакомых всем людям пяти сенсорных каналов, назвала 256 способов иллюзорного восприятия мира, характерных для нашей галактики. Дей-

ствительно, в настоящее время некоторыми исследователями обнаружены «новые» модели мира, «новые» диапазоны сенсорного восприятия мира человеком в состоянии измененного сознания, например, к ним можно отнести явления «ясновидения», «яснослышания», «ясночувствования», «телепатии», «телекинеза» и так далее. Сюда же можно отнести, так называемые, «дискретную модальность» (А.Вовк) и «двигательно-тканевую модальность» (Н.Кудряшов). Этот перечень - лишь часть необъятного информационного содержания окружающего мира и его «сенсорного обеспечения».

Для меня важно следующее: необходимо в различных экспериментах с ИСС учитывать вопросы «техники безопасности». Нужно, чтобы человек, осваивающий непривычные атTRACTоры в измененных состояниях сознания, не стал бы объектом интереса специалистов психиатрических клиник. А для этого необходимо, чтобы его модель мира была адекватна модели, соответствующей перцептивному и когнитивному трехмерному механистическому описанию и не выходила бы за ее рамки при социумной реализации, то есть при возвращении из состояния «путешествующего сознания».

5. О СИСТЕМЕ ЦЕЛОСТНОГО ДВИЖЕНИЯ

Вспомним, что стопы - основные опоры человеческого тела на земле и что они задают алгоритм телесной волны при движении. А ведь движение - это жизнь! Значит, стопы задают алгоритмы жизни человека, его «танец жизни» (35).

Вспомним, что во всех тайных учениях стопам человека уделялось особое внимание: на след ноги человека делались наговоры, иногда со стопой обращались в лучших традициях карательной анатомии средневековья с последующим достижением определенных целей. Не забудем и известный из Нового Завета факт того, что перед смертью Иисус Христос позволил Марии Магдалине вымыть миром себе именно ноги, стопы, а не другие части тела. Телесная корреляция символики зодиакального созвездия Рыб также обращена к стопам человека. Один из лучей посвящения в масонских ритуалах назван откровенно - «Стопа Мастера».

В настоящее время, в системе целостного движения, имеются эмпирические данные о соотнесении определенного положения стоп не только с деятельностью определенного энергетического центра, то есть, с деятельностью, в соответствии с индийской традиционной системой, так называемых семи «чакрамов», но и с модальностью идентифицируемой реальности, то есть, о том, что определенные пять положений стоп соответствуют доминантному использованию одного из пяти сенсорных каналов человека.

Если использовать традиционную для восточной философии предпосылку о внутренней связи стоп и кистей человека, посредством энергетических «чудесных меридианов» и рефлексогенных зон, то можно также утверждать, что и определенные положе-

ния пальцев рук и кистей человека также соответствуют презентации четко фиксированной модальности. Об этом прямо говорят разработки индийских исследователей по энергоинформационным контурам (2), которые можно проецировать посредством хаст и мудр (17). Эту тему можно продолжить, но это не является основной целью данной работы.

Для системы целостного движения, которая изучает двигательные стереотипы человека и соответствующие им мышечные реакции, интерес представляет следующий факт. 256-кодоновое восприятие материального мира, описанное в разработках цивилизации майя, совпадает с количеством основных разверток стопы человека в трехмерном пространстве. Пока это совпадение представляет интерес на уровне цифровой логики. Хотя и это уже немало.

Освоение и осознание волновой функции тела и ее фрактальных составляющих - вот основа предлагаемого гиперборейской системой целостного движения способа оздоровления организма человека, в целом, и его опорно-двигательного аппарата, в частности.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, система целостного движения, разработки которой представлены одним из ее авторов - Николаем Ивановичем Кудряшовым, рассматривает все модели мира, так или иначе проявленные в реальности, и воспринимаемые сенсорными системами человека, с точки зрения их смысловой идентификации в контексте метода исследования динамики телесной организации.

Литература:

1. Кудряшов Н.И., *Место иерархии в целостной структуре мироздания*. М., Международная Академия Информатизации, Тезисы IV Международной конференции, посвященной 50-летию образования ООН, 1995.
2. Кудряшов Н.И., *Магия движения. Оздоровительная славянская система целостного движения*. Велигор, М., 1997.
3. Аргуэльес Х., *Фактор майя*, Томск, «Зодиак», 1994.
4. Сеченов И.М., *Избранные философские и физиологические произведения*, М., 1947.
5. Философский энциклопедический словарь, М. «Советская энциклопедия», 1983.
6. Георгиев Ф.И., *Сознание, его происхождение и сущность*. М., 1967.
7. Шорохова Е.В., *Проблемы сознания в философии и естествознании*, М., 1961.
8. Хрестоматия по истории психологии. М., 1980.
9. Рубинштейн С.Л., *Основы общей психологии*, М., 1946.
10. Гостев А.А., *Дорога из зазеркалья: психология развития образной сферы человека*, М., 1998.
11. Научно-практические аспекты народной ме-

- дицины, Под ред. Я.Г.Гальперина. ВНИЦТНМ «ЭНИ-ОМ», М., 1995, 1996, 1997, 1998.
12. Файдыш Е.А., Сверхсознание, М., 1993.
 13. Файдыш Е.А., Карма и психотравмы, М., «АЛМИН», 1995.
 14. Гостев А.А., Образная сфера человека, М., 1992.
 15. Майков В.В., Проблемы интеграции сознания в трансперсональной психологии, Философские науки, 1987, № 9.
 16. Налимов В.В., В поисках иных смыслов, М., 1993.
 17. Курис И.В., Биоэнергопластика, Санкт-Петербург, 1994.
 18. Бендер Р., Гриндер Д., Сатир В., Семейная терапия, Воронеж, 1993.
 19. Уинфри А.Т., Время по биологическим часам, М.: Мир, 1990.
 20. Плотин, Избранные трактаты, М., 1994.
 21. Тейяр де Шарден П., Божественная среда, М., 1992.
 22. Винокуров И., Гуртовой Г., Психотронная война. М., «Мистерия», 1993.
 23. Росляков О.А., Гистерезис плотности вещества и его философский смысл, Санкт-Петербург, 1996 г.
 24. Бревде Г., Пространственные представления в путешествиях сознания. Языки пространств, М., 1997.
 25. Амосов Н.М., Преодоление старости, М., Издательство «Будь здоров», 1996.
 26. Фрейд З., Основные психологические теории в психоанализе, М., 1923.
 27. Голубев В.Н., Управление двигательной активностью при экстремальных состояниях, Л., ВМА им. Кирова, 1987.
 28. Хаберзетцер Р., (по материалам известного на весь мир мастера Брюса Ли) «Кунг-фу (Ву-шу). Техника китайского бокса».
 29. Долин А.А., Попов Г.В., Кэмпо - традиция воинских искусств. М., «Наука», 1990.
 30. Чернобров В.А., Энциклопедия непознанного, М., «Гранд», 1998.
 31. Гагонин С.Г., «Спортивно-боевые единоборства», Санкт-Петербург, 1997.
 32. Ранке И., Человек, т.1, Санкт-Петербург, «Просвещение», 1896.
 33. Демин В.Н., Тайны русского народа, М., «Вече», 1997.
 34. Козлов В., Майков В. Основы трансперсональной психологии, М., Издательство Трансперсонального Института, 2000.
 35. Андреева Н., Секреты здорового позвоночника, Санкт-Петербург, «Невский проспект», 2000.
 36. В.Шемшук, Эпоха Рая на Земле, Пермь, издательство «Веды», 1997.
 37. Файдыш Е.А., Ноосфера Земли и глобальная эволюция человечества. Вестник Балтийской Педагогической академии. Вып.12, Санкт-Петербург, 1997.
 38. Зубаков В., XX век. Сценарий будущего: анализ последствий глобального экологического кризиса, Санкт-Петербург, 1995.
 39. М.Норбеков, Ю.Хван, Уроки Норбекова. Дорога в молодость и здоровье, Санкт-Петербург, «Питер», 1999.
 40. А.Кривцов, Остеохондроз. Старинные и современные методы лечения, Минск, «МКД», 1996.

Текстовые комментарии:

Целостное движение - это многоуровневое изменение состояния и ориентации тела с течением времени.

Философские разработки системы целостного движения определяют понятие «целостность» для системы с материальным уровнем организации на исполнительном плане, помимо «принципиальной неделимости чего-либо на части» (Платон) еще тремя критериями:

- модульным;
- голограммическим;
- динамическим.

В системе целостного движения рассматриваются следующие уровни организации биосистемы: соматический, физиологический (процессуальный), сенсорно-эмоциональный, психический (сознательный), ресурсно-энергетический, коммуникативный (буддхиальный), миссионный (Божественный).

МАНИФЕСТЫ РАЗВИВАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

(Полная версия сообщения на Европейском конгрессе по психотерапии, секция «Теория психотерапии» – Россия. Москва, 2001 г.)

Проф. А.Л.Катков

г. Павлодар

1. ВВЕДЕНИЕ

Современная психотерапия, переживающая, без сомнения, бурный этап своего развития, нуждается, в первую очередь, в уточнении обстоятельств, пре-

пятствующих идентификации данной специальности как самостоятельного научно-практического направления.

В ряду дисциплинарных изъянов психотерапии, более или менее регулярно называются, в данной связи, следующие: отсутствие четкой семантики и общего тезауруса в специальной терминологии; неоправданное (по типу “снежного кома”) увеличение числа методов психотерапии при отсутствии конвенциональных критериев определения эффективности их применения; искусственность (неверифицируемость) и несводимость основных теоретических концептов психотерапии; отсутствие, вследствие всего выше-сказанного, ясного и четкого определения предмета, целей, задач и, следовательно, миссии психотерапии (или, хотя бы, более или менее связанно оформленного континуума этих базовых категорий, конструирующих дисциплинарную матрицу не только рассматриваемой, но и любой другой специальности); отсутствие ясно очерченного поля деятельности психотерапии, объема и качества подготовки профессионалов, квалификационных стандартов данной специальности.

Основной рецепт развития психотерапии, достаточно убедительно выводимый из данной схемы, заключается, по мнению многих авторитетных специалистов, в разработке единой, удовлетворяющей самые различные профессиональные конфессии, теории личности. Откуда следует перспектива более или менее адекватного решения основных методологических проблем специальности, включая все выше-перечисленные. В частности постулируется тезис о том, что данный теоретический базис является единственным возможным для формирования интегративного направления в психотерапии, противопоставляемого тенденции к неадекватному “расползанию” профессионального поля.

Нам, однако, рекомендации такого рода представляются не в качестве основной магистрали развития психотерапии, но очередной иллюзией “теоретического могущества” в сфере ментальных дисциплин, и, вообще, переоценки возможностей того реального уровня науки, который существует на сегодняшний день. Но дело даже и не в этом. Нам представляется, что причины общей неуспешности теоретических изысков в сфере психического, те же, что и корни “родимых пятен” профессии. И что вопрос их идентификации – есть вопрос идентификации психотерапии как самостоятельного научно–практического направления. Решение проблемы лежит в плоскости гораздо более глубокой и серьезной, чем поверхностное обозначение перечня профессиональных проблем и разработки облегченных рецептов их решения.

Мы, в отличие от основной массы теоретиков в области ментальных дисциплин, полагаем, что на данном этапе в качестве основного ядра психотерапии, катализирующего процесс идентификации данного направления деятельности, должна выступать не единая теория личности, или какой-либо другой теоретический концепт субъективности, а выделение функционального ядра психотерапии, определяемого как развитие.

Данный принцип, поставленный в “главу иден-

тификационного угла”, позволяет рассматривать психотерапию как уникальную технологию кризисного развития индивида и общества (учитывая основной вектор становления профессии, доминировавший в предшествующие этапы ее развития), или как уникальную индивидуальную и социальную развивающую практику (учитывая настоящий и будущий вектор становления данной дисциплины). Разница между этими двумя определениями заключается в степени эксклюзивности применения данной практики, но не “的独特性”, - в смысле отличия от любых других институализированных развивающих практик.

Далее задача нашего сообщения заключается в том, чтобы показать степень эвристичности заявленного подхода в сфере психотерапевтической практики и прикладной теории психотерапии, а также перспектив разработки базисной теории психического на основе использования научных архетипов, более адекватных обсуждаемой теме.

В сущности, “истоки” нашего идентификационного подхода выводимы из очевидных различий психотерапии от более или менее близких, и в какой-то степени “родственных” ей, институализированных способов развития, реализуемых обществом: образования; воспитания; психологического и философского консультирования; институализированных видов социальной деятельности (работа, служба); религиозных и мистических практик; психотехнологий в духе Мюнsterberга и т.д. В уточнении характера данных различий лежит ответ на вопрос, в чем же собственно “的独特性” психотерапии; за счет каких механизмов обеспечиваются более глубокие, действенные и адекватные изменения индивида, группы, общества; почему психотерапия с определенного этапа своего становления оказалась востребована не только в качестве эксклюзивной, но и широкой социальной практики; в чем именно оказались несостоительны традиционные развивающие институты. Отсюда только один шаг до определения очень важного, духовного вектора современных потребностей общества и, соответственно, основной миссии психотерапии.

II ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА И ПРИКЛАДНАЯ ТЕОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Основные различия психотерапии от институализированных развивающих практик заключаются, по нашему мнению, в следующем:

1. экономичность (современная психотерапия – это, чаще всего, краткосрочная или экспресс-психотерапия, добивающаяся значительного результата за ограниченное время);

2. универсальность (для современной психотерапии не существует возрастных или каких-либо иных ограничений в применении, в том объеме, в котором эти ограничения присутствуют в других развивающих практиках);

3. высокая двусторонняя мотивация на достижение результата (современная психотерапия виртуоз-

но использует возможности “мотивационного букета” группы, клиента, терапевта; эффективно утилизирует препятствия к развитию мотивации у клиента и терапевта, умеет переформировывать желание достижения результата в желание достижения изменения, как основного жизненного контекста);

4. максимальная индивидуализация применяемых подходов (современная психотерапия стремится действовать в структуре личного мифа клиента, выстраивая общение с учетом особенностей культурного контекста и субъективной семантики последнего);

5. стратегическая гибкость (современная психотерапия использует те стратегии, которые в наибольшей степени эффективны, соответствуют ситуации и уровню терапевтической коммуникации);

6. предельное многообразие используемых ресурсов (здесь имеется в виду и технологическое разнообразие возможностей структурирования психотерапевтического процесса, но, в большей степени, уникальные ресурсы личности психотерапевта и феномена психотерапевтического пространства);

7. возможность постоянного контроля эффективности психотерапевтического процесса (современная психотерапия предельно внимательна к вербальным и неверbalным сигналам клиента, оценивающим объем и качество изменений как в ходе терапевтической коммуникации, так и в “реальной жизни” клиента);

8. самодостаточность (современная психотерапия, как правило, не нуждается в специалисте какого-либо другого смежного профиля);

9. устойчивость результата (современная психотерапия опирается на активность клиента, формирование критического осознания дивидендов психотерапевтического процесса и его издержек, эволюционные стратегии развития);

10. акцент на персонализацию – прямому доступу к основному ресурсу развития индивида (современная психотерапия задачу улучшения качества социализации индивида решает, в первую очередь, за счет актуализации персонального, достижения внутренней гармонии, а затем уже – внешней).

Мы полагаем, кроме того, что вышеупомянутый перечень очевидных отличий психотерапии от институализированных развивающих практик должен быть дополнен не столь явным, но поистине “золотым” контекстом психотерапевтических усилий, выводимом из концепции развивающей психотерапии: *заболевает, получает “проблему”, какой-либо уровень дискомфорта – один человек; выздоравливает, решает проблему, избавляется от дискомфорта – другой, в чем-то очень важном – изменившийся*. Какие бы контурируемые профессиональные цели и задачи не ставились в ходе терапевтических сессий – решающим здесь оказывается достижение момента “повышения температуры”, когда у пациента (клиента, партнера) очень быстро развиваются качества “того-другого”, позволяющие ему достаточно эффективно справляться не только с конкретной проблемой, но и с другими жизненными обстоятельствами,

которые ранее представлялись непреодолимыми. Психотерапия, за счет своих уникальных технологий или обеспечивает оптимально-высокую “температуру”, способствующую ускоренному кризисному развитию пациента (клиента – партнера), и тогда она может с полным правом причислять себя к ядру специальности. Или этого “чуда” по разным причинам (чаще всего по причинам неоправданного следования определенным моделям психотерапии) не происходит. В этом случае можно утверждать, что терапевтическая коммуникация приближалась, или даже повторяла какую-либо институализированную развивающую практику (что само по себе, заметим, не так уж и плохо). Констатация данного факта дает основание отнести данную коммуникацию к периферии специальности.

С нашей точки зрения сутью ядерного психотерапевтического процесса, обеспечивающая возможность потрясающей пластики (“горы может переставлять”) и скорости изменений, являются феномены, так называемого психотерапевтического пространства, а также личности психотерапевта, как ключевой фигуры, обеспечивающей вхождение пациента (клиента – партнера) в пространство психотерапии и единственность основных механизмов, реализуемых только в условиях данного феноменологического поля. С учетом важности рассматриваемого вопроса, остановимся на общих характеристиках психотерапевтического пространства и механизмах, обеспечивающих ключевые изменения субъектов психотерапии. Итак, психотерапевтическое пространство – качественно обособленное состояние участников психотерапевтической коммуникации со следующими, объективно-фиксируемыми характеристиками данного состояния: изменение дистанции между участниками коммуникации; появление аналогий в моторике (позе), мимике; тембре, интонации речи; манифестиация единого темпо-ритма рече-двигательных реакций и, возможно, дыхательного ритма; появление более или менее выраженных вегетативных реакций. В субъективном плане отмечается следующее: четкое ощущение изменения временных параметров реальности (“и быстро и медленно одновременно” – часто приводится именно эта парадоксальная характеристика); изменение значений текстов и контекстов в структуре информационного обмена между субъектами психотерапевтической коммуникации – контексты выходят на первый план, а тексты могут приобретать парадоксальное значение; ощущение мощного внутреннего потока единения сущностей, которые достаточно четко идентифицируются в данном состоянии и не сливаются с личностями действующих субъектов. Это последнее обстоятельство представляется особенно важным, поскольку далее мы собираемся показать, что основные механизмы обозначенного здесь второго, чаще скрытого, и, на наш взгляд, главного плана психотерапии: идентификация с личностью психотерапевта; более или менее скрытое убеждение и внушение; облегченная трансляция социальных паттернов поведения от психотерапевта к пациенту (клиенту – партнеру) – являются

производными от контакта этих неявных и “неличностных” сущностей – инстанций, обеспечивающих огромную пластику и руководящих мощнейшими энергетическими ресурсами организма. Общими, коммуникационными и, отчасти, социально-психологическими отличительными характеристиками феномена психотерапевтического пространства являются следующие: *разряженность и пластичность* – в пространстве психотерапии контурируются отнюдь не все жизненные обстоятельства, а лишь те, которые имеют значение для целей терапии. Фактор времени здесь не является фатальным – его можно повернуть вспять, фактор события не является необратимым – его можно реконструировать. “*Условность*” – в пространстве психотерапии не действуют или действуют лишь условно жесткие законы конкуренции, которые в реальной жизни субъектов психотерапии часто выполняют не стимулирующую, а подавляющую функцию по отношению к мотивам развития и роста. Условность происходящего, “*репетиционный*” характер, пусть даже и самых драматических ситуаций – обеспечивают возможность конструирования более глубокой и адаптивной развивающей жизненной стратегии у пациента. “*Концентрация*” – в пространстве психотерапии, сотканном из парадоксов (здесь они не противоречат друг другу!), уживаются полярные характеристики: разряженность условность, гарантия безопасности и необходимого терапевтического “аута” и, вместе с тем, возможность комбинаций, фокусирования таких событий, обстоятельств, соответствующих состояний субъектов психотерапии, которые в совокупности обеспечивают необходимый терапевтический эффект, но в реальной жизни клиента встречаются крайне редко. В этих “точках концентрации” и происходит рождение качества “того другого”, избавляющегося от дискомфорта и проблем.

Вышеприведенные характеристики феномена пространства психотерапии, без сомнения, могут быть дополнены, а сам термин “пространство психотерапии” заменен на “психотерапевтический резонанс”, “присоединение” и т.д. Вдумчивый и квалифицированный читатель возможно определил для себя, что в сущности речь идет о вхождении в разлитой терапевтический транс, являющийся необходимым элементом любого эффективного психотерапевтического процесса, а упомянутые инстанции, неформально контактирующие в данной коммуникации – есть “бессознательное”, “подсознательное”, “предсознательное” или “сверхсознательное” терапевта и клиента. Мы не собираемся полемизировать с подобными интерпретациями – каждая заслуживает право на существование и стоит другой, а лишь обращаем внимание на упорное желание профессионалов вытеснить эту загадочную инстанцию из поля реального (основная функция сознания – контурирование реальности). Между тем, следующий ключевой феномен развивающей психотерапии – личность психотерапевта – как раз и предполагает наличие некой “привлекательной целостности”, некоего, сходу определяемого и “видного издалека”, качества, кото-

рое Карл Витакер обозначил как “умение жить, укоренившись в бессознательном” – в самом фокусе источника новизны, пластики, мощной созидающей энергии – того, что является квинтэссенцией жизни, или той самой “инстанцией”, к которой мы раз за разом вынуждены возвращаться. Итак, ключом к вхождению в уникальное пространство психотерапии является некая привлекательная (запомним это слово!) целостность личности психотерапевта, “прописанной” в поле малопонятной, неявной в реальной жизни, но выходящей на авансцену и расправляющейся в полный рост, в условиях психотерапевтической коммуникации, инстанции. Далее, по нашей версии, в момент первого контакта субъектов психотерапии и происходит все самое главное: такое важнейшее качество как “привлекательность” статуса психотерапевта идентифицируется уже знакомой нам инстанцией в доли секунды. Она, что называется “воочию”, убеждается в возможности организовать свое бытие не в статусе бесправного и подавляемого “джина в лампе” – анонима, но в качестве легального уважаемого и всячески опекаемого друга. Именно в этот момент рождается мотивация к идентификации с личностью терапевта. И вот этот, в сущности, основной механизм второго и, повторяем, главного плана психотерапии, заключается в феномене неосознаваемой передаче власти (или степени свободы – кому как нравится) от пациента психотерапевту, видимой и контурируемой стороной которого является обретение веры в возможность терапевта и психотерапевтического процесса как такового. Здесь следует более подробно остановиться на характеристиках этого главного, на наш взгляд, инструмента власти-веры, действующего в поле психотерапевтического пространства, обеспечивающего максимальную пластику и скорость изменений у субъектов психотерапии. В контексте всего сказанного нам представляется уместным связать данный феномен с диадой пластики-устойчивости, состояниями, которые являются полярными вариантами общей стратегии развития и выживания человека и общества. Нет никакого сомнения в том, что эти стратегии достаточно эффективно использовались человечеством на протяжении всей истории своего существования (иначе бы эта история быстро прервалась). Есть все основания полагать, что вышеизложенные механизмы с особенной силой актуализируются в кризисные периоды развития индивида и общества. И мы так же уверены в том, что психотерапия, как уникальная технология кризисного развития, должна глубоко и всесторонне осмыслять данные феномены. Исследуя функционирование механизма веры – власти в пространстве психотерапии мы приходим к выводу, что власть, в данном случае, выступает в виде синергетического феномена, обеспечивающего развитие вовлеченных в специфические отношения субъектов, с чрезвычайно чувствительным и эффективным механизмом обратной связи. В психотерапевтическом пространстве наиболее полно реализуется знаменитый восточный парадокс “властитель не управляет никем, им управляют все”.

Получая существенные полномочия от пока что анонимной инстанции психического клиента, психотерапевт, в каком-то смысле, теряет собственную свободу. Он должен теперь следовать некоему кодексу отношений, который обычно не проговаривается, но отклонения от него означают почти моментальный выход из пространства психотерапии и конец особому феномену синергетической власти, а с ним и возможности быстрых изменений. Власть в “светском” понимании данного термина, основанная на зависимости, принуждении (силе), страхе, авторитете, традициях и т.д. может при этом сохраняться, но последствия такого рода отношений будут, конечно, другими. Итак, важные отличия психотерапевтической власти-веры от принятых социальных стереотипов-масок данного феномена заключаются в следующем: власть в психотерапии не ищет признания и не заявляет о себе в данном качестве. Носители такого рода власти идентифицируются окружающими как “власть имеющие”, но не заявляющими о своих полномочиях. По сути данное выражение означает квалификацию своего собственного состояния – состояния человека, неосознанно делегировавшего свою свободу и приобретшего взамен возможность уникальной пластики. Отсюда следует, что власть в психотерапии вполне самодостаточна в отличие от других ее социальных форм, и не требует каких-то вспомогательных агентов и средств. Все вместе взятые характеристики обсуждаемого феномена: самопроизвольность, непрезентируемость, ненасильственность, самодостаточность, потрясающий конструктивный результат, рождают ощущение настолько отличные от обыденных, что при отсутствие прямых, осознаваемых возможностей объективизации той самой таинственной инстанции - подлинного организатора всех этих эффектов – возникает мысль о “чуде”. С понятным богатством всевозможных интерпретаций. В психотерапевтической коммуникации вышеупомянутые эффекты используются для обоснованного выхода в конструктивную эволюцию, с неакцентированым и неосознаваемым возвратом властных полномочий от терапевта к пациенту (к его, в чем-то очень важном, изменившейся личности). Здесь и замыкается цикл перерождения “одного” – накапливающего проблемы, дискомфорта и патологию в “другого” конструктивно решающего эти проблемы, избавляющегося от дискомфорта и патологии. Пациент, имея перед собой впечатляющий и привлекательный пример неконфликтного со-бытия разных аспектов психического у терапевта, осознающих общую целостность, понимающих, использующих ресурсы друг друга (т.е. узнаваемые черты “того другого”), в условиях уникальной пластики психотерапевтического пространства интериоризирует названные ключевые свойства, становясь “этим другим”, открытым к изменениям, имеющим мощный ресурс адаптации к самым разным жизненным коллизиям. И далее основная функция психотерапевта заключается в том, чтобы тенденции и стереотипы в поведении пациентов, направленные на создание некой “устойчивой брони”, переформировать в эффективную стратегию

изменений. И уж, конечно, эти психотерапевтические усилия реализуются тем легче, чем явственнее и глубже был представлен главный, пластический план психотерапевтической коммуникации. Таким образом, мы утверждаем, что не менее важными механизмами главного, чаще скрытого уровня психотерапии являются: *позитивное и действенное подкрепление развивающего поведения пациента; “наделение” его энергетическими и пластическими ресурсами, обеспечивающими высокий уровень адаптации; обретение пациентом свойств целостности между основными инстанциями психического, дающего новое качество жизни (“прописка” личности в бессознательном).* Действуя в купе с первыми тремя механизмами главного уровня психотерапевтической коммуникации (*идентификация с личностью терапевта, скрытое убеждение и внушение, трансляция социальных паттернов поведения*) названные средства эффективной психотерапевтической коммуникации обеспечивают успешность применения конкретных психотерапевтических техник (структурированных действий) по отношению к конкретным проблемам, заявляемым пациентом.

Таким образом, мы, пока что, уяснили, что для прикладной теории психотерапии дифференцированный разбор приведенного перечня отличий дает возможность выделения двух уровней терапевтической коммуникации, более четкого представления о механизмах, действующих на втором – глубинном уровне; более полного представления о феномене психотерапевтического пространства и основном действенном инструменте данного феномена – синергетических отношениях веры-власти, неразрывно связанных с базисными стратегиями развития и выживания устойчивости-пластики. Наконец, мы уяснили огромную роль в реализации глубинного уровня психотерапии, неявной и всячески вытесняемой из поля сознания – реальности, инстанции, которая по нашему глубочайшему убеждению крайне нуждается в постоянной прописке в этом близком и понятном для нас полюсе.

Анализ других, не менее важных отличительных позиций развивающей психотерапии (который теперь можно проводить в контексте только что обозначенных ключевых положений), дает в аспекте прикладной теории следующее.

Общая матрица эффективной психотерапевтической коммуникации, состоит, следовательно, из двух уровней информационной активности, объединенных общей иерархией терапевтических целей и задач. В структуре обозначенного нами идентификационного подхода данный континuum целей развивающей психотерапии выглядит следующим образом:

1. достижение подлинной самоактуализации, с доступом к основным ресурсам персонального (“прописка” личности в бессознательном); достижение внутреннего уровня гармонии – целостности между основными инстанциями психического;
2. достижение внешнего уровня гармонии – целостности за счет установления принципиально иных

отношений с социальным (социальное становится теперь “фоном”, но не “фигурой”, то есть той категорией, достойный компромисс, с которой легко достижим);

3. обретение целостной, развивающей стратегии бытия с обновленной системой ценностей и смыслов, где жизненные сложности не фатальны, а необходимость изменений приветствуется.

Достижение вышеназванных целей обеспечивается за счет активности глубинного уровня психотерапевтической коммуникации. Задачами поверхностного, технологического уровня психотерапии являются адекватное решение заявленных и глубинных проблем пациента, которые, так или иначе, вскрываются в ходе терапевтических сессий. Общепризнанная трактовка действия механизма такого “технологического” решения проблем заключается в разрушении или утилизации неконструктивных патологических связей у пациента (клиента, партнера) и создания новых, адаптирующих. При этом обычно приводятся основные технологические направления реализации этого процесса: *расширение репертуара когнитивных схем; коррекция эмоционального опыта; модификация поведения посредством позитивного – негативного подкрепления со стороны психотерапевта*, соответственно, классифицируются технические приемы, методы и направления психотерапии. Наши исследования показывают, что такого рода разграничения носят достаточно искусственный характер и любая психотерапевтическая “техника” как отдельная процедура или достаточно связанный конгломерат структурированных действий, так или иначе, включает в себя все вышеупомянутые аспекты изменений психического, фиксируемых у пациента. Более того, выбор мишней в психотерапии имеет “эффект вентилятора” – как только мы “нагружаем” одну из лопастей (эмоции, мышление, поведение), она немедленно уходит вниз, а вверх поднимаются две другие, используя которые, мы и строим техническое действие. Другой вопрос, что конечный результат должен в первую очередь фиксироваться в заявляемой сфере. Таким образом, чем более осмысленно используется весь развивающий потенциал технического действия – тем более стойкий и значительный результат мы имеем. Однако основной “предготовленный” эффект реализации технического репертуара связан, на наш взгляд, с двумя обстоятельствами. Первое из них – использование психотерапевтом феноменальных эффектов второго (глубинного) уровня психотерапии. Наши исследования показывают, что процесс “предготовления” результатов определенных технических действий имеет место уже в ходе инвентаризации основной проблемы, заявленной пациентом (этап установления контакта и диагностический этап психотерапевтической коммуникации). В парадоксальном поле пространства психотерапии невербальные реакции терапевта, которыми он встречает проблемные высказывания пациента, весьма действенно указывают на возможность иной интерпретации обсуждаемых событий и, по крайней мере, другого вектора

их общего восприятия, чем тот, который заявляет пациент. Далее, в ходе обсуждения возможных вариантов “технического” решения проблемы, и, особенно, в процессе проговаривания последовательности технических процедур, используется практически полный набор механизмов второго уровня психотерапии. Таким образом, успешно (с предсказуемым и желательным результатом) реализует какую-либо техническую процедуру уже в значительной степени “другой” пациент, с более высоким развивающим потенциалом и пластическими возможностями, подготовленным расширением когнитивного репертуара, коррекцией эмоционального опыта и модифицированным поведением. Фиксацию желательного результата какого-либо технического действия, как мы уже отмечали, исключительно важно проводить в ключе позитивного подкрепления развивающего поведения и новой жизненной стратегии (выход в конструктивную эволюцию). Здесь с такой же интенсивностью эксплуатируются феномены глубинного уровня психотерапии.

Из всего сказанного понятно, что различная степень эффективности применения (даже безуказанных) технических процедур обусловлена различным уровнем вовлечения глубинных механизмов психотерапевтической коммуникации.

Между тем, выбор конкретной психотерапевтической техники может или способствовать или препятствовать развитию пространства психотерапии. И здесь мы вплотную подходим к понятию личного мифа пациента (позиция 4 общего перечня отличий психотерапии от институализированных развивающихся практик). Общим местом современных руководств по психотерапии стало утверждение о том, что данная специальность явственно развивается в сторону большей экологичности. Эффективный терапевт стремится действовать в структуре личного мифа клиента, не разрушая последнего и не навязывая ему собственный. Исследуя реальное наполнение обсуждаемого термина, мы пришли к выводу, что непосредственный эффект функционирования личного мифа пациента в психотерапевтической коммуникации заключается в том, что, с точки зрения пациента (клиента, партнера), реально существует только два вида психотерапии. Та, которая имеет к нему непосредственное отношение и, в чем-то самом существенном, его затрагивает – “задевает за живое”. И та, что не имеет к нему никакого отношения. Так вот, разделяя озабоченность профессионалов состоянием экосистемы психотерапевтических отношений, мы считаем, что ощущение “включения главного – живого” больше зависит как раз от привлекательной целостности, как характерной особенности личного мифа терапевта, и, далее, от включения механизмов психотерапевтического пространства. Выше мы уже говорили о том, что эти механизмы основаны на неких универсалиях, присущих в той или иной степени “личному мифу” каждого действующего субъекта. Слепое некритичное копирование культурных или субкультурных особенностей клиентов, увязывание в деталях, без понимания основ ком-

муникативного базиса, будет скорее отодвигать психотерапевта от нужного результата, чем приближать к нему. Одним словом, мы уверены, что главным терапевтическим действием является идентификация и “присоединение” к существенному мифу терапевта, идущая от пациента, а не наоборот (хотя есть понимание того, что и здесь уходить в крайности не стоит). После всего сказанного по данной теме можно, теперь без всякого риска, рассмотреть оптимальные варианты реализации конкретных технических действий, которые будут наиболее полно соответствовать ожиданиям и особенностям пациентов. Ранее, мы говорили о важности выстраивания начальных и заключительных этапов технических действий с акцентом на ту сферу психического (эмоции, когниции, поведение), в которой заявляется проблема. Не возникает сомнений и в эффективности учитывания доминантной, репрезентативной системы в формировании психотерапевтической коммуникации. Но мы хотели бы обратить внимание на еще более важную индивидуальную характеристику наших пациентов, которую необходимо учитывать при выборе способа и контекста структурированного терапевтического действия. А также при формировании общей стратегии психотерапии. Речь идет о необходимости идентификации основной системы координат бытия пациента, которую он, чаще неосознанно, использует для выстраивания жизненной стратегии в целом. Исследуя данный вопрос, мы пришли к выводу, что имеет смысл выделять лишь три такие системы, реально координирующие (направляющие) бытие конкретного человека в меняющемся мире: **система рациональных знаний; система иррациональных верований; система, опирающаяся на собственный опыт**. В сущности, каждый наш пациент (но и терапевт здесь, конечно, не исключение), отвечая на вопрос “что происходит?”, на подсознательном уровне решает для себя, в какой системе координат будет выстраиваться ответ. Сама необходимость подобного выбора, уменьшающая степень неопределенности, а, следовательно, и тревоги, в меняющемся мире, рано или поздно встает перед действующим и осмысливающим феноменом собственного бытия субъектом. Ибо, опираться на все три системы координат одновременно – невозможно. Они слишком явно противоречат друг другу. И на самом деле эти противоречия имеют гораздо более серьезные последствия, чем те различия в стиле жизни, которые уместно обсуждать в данном разделе статьи. Но к этому вопросу мы еще вернемся.

Итак, идентифицированная приверженность к системе иррациональных верований у пациента может обратить внимание психотерапевта в сторону религиозного или мистического репертуара оформления технических действий; опора на систему рациональных знаний предполагает обращение к техникам когнитивной психотерапии, а ориентация пациента исключительно на собственный опыт – подталкивают психотерапевта к разработке технических шагов с “опорой на очевидности” – однозначно-желательную трактовку нового конструктивного опыта.

Подводя краткий итог вышеизложенному, нельзя не отметить, что квинтэссенцией индивидуальных и гибких психотерапевтических подходов является уникальная идея терапии, которая, может быть результатом знаменитого “терапевтического инсайта”, знакомого каждому профессиональному, работающему в ключе спонтанной, неидеологизированной терапии. Такая строго индивидуальная психотерапия соответствует особенностям пациента как пластическая маска рельефу его лица. Достаточно часто пациент (клиент – партнер) выступает как активный соавтор, или даже автор терапевтической идеи. Данное обстоятельство – очень важный сигнал, означающий переход пациента в статус “этого другого”, эффективно решающего свои проблемы. Здесь же мы хотели бы подчеркнуть следующий важный момент: психотерапевту, действующему в русле обсуждаемого идентификационного профессионального подхода, следует иметь ввиду, что “инсайтная” терапевтическая идея часто ограничивается удачным, интенсивным и экономичным решением конкретной проблемы, заявленной пациентом. И далеко не всегда в ней наличествует столь же удачное продолжение в ключе развивающей эволюции, обеспечивающее устойчивость результата. Поэтому, в идеале эффективного психотерапевтического процесса терапевт интенсивно переживает два творческих инсайта – идею решения конкретной проблемы и вариант решения унифицированной проблемы развития индивида-клиента. Достижение второго творческого инсайта, по нашему мнению, задача более сложная, и требующая продуманного вовлечения механизмов глубинного плана психотерапии; выделения в дополнении к трем описанным уровням инсайтов у пациентов (уровню осмыслиения зависимости форм реагирования от особенностей ситуации, особенностей личности, особенностей условий формирования личности), еще двух – уровня осознания имеющегося дискомфорта, как сигнала о необходимости изменений (развития), а также уровня осознания необходимости принятия гибкой стратегии изменений (развития), как естественного и основного условия эффективного решения всех возникающих проблем, общего повышения качества жизни; определения в качестве одной из главных функциональных систем психотерапевтической коммуникации собственно стратегического блока с пристальным вниманием и детальным анализом индивидуальных стратегий развития пациента (ассимиляция, аккомодация, равновесие), а также общих стратегий развивающего психотерапевтического процесса (ситуационных, революционных, эволюционных). Понятно, что такого рода внимание и анализ должны подкрепляться детальной проработкой нормохронологии пациента, в частности, ключевых опорных пунктов развития (прохождения возрастных кризисов; степень осознавания и успешности выполнения основных задач развития; наличие и характер взаимоотношений с главными агентами развития; овладевание развивающими практиками; сформированность центральных возрастных приобретений и т.д.).

Эффективность структурированных психотерапевтических действий – техник первого уровня психотерапевтической коммуникации, направленных на формирование конструктивной эволюции у пациента будет тем выше, чем более полно и точно будет использоваться стратегический блок психотерапевтической коммуникации.

Подводя итоги общему вкладу заявленного нами идентификационного подхода в прикладную теорию психотерапии отметим:

- возможность более четкого и обоснованного структурирования общей матрицы эффективной психотерапевтической коммуникации;
- возможность аргументированного выделения двух уровней психотерапевтического процесса – глубинного и технологического, выделения и разграничения основных механизмов, действующих на каждом из них;
- возможность адекватного определения континуума психотерапевтических целей и задач с позиций обозначенного структурного анализа;
- аргументированное выделение стратегического блока психотерапевтической коммуникации в действующую функциональную систему;
- обоснование основных систем, координирующих бытие субъекта в современном мире, в виде опорных характеристик “личного мифа” клиента, имеющих непосредственное отношение к формированию терапевтической стратегии;
- аргументированное выделение двух дополнительных уровней терапевтических инсайтов у пациентов и двух уровней творческих инсайтов у терапевтов, эффективно дополняющих структуру психотерапевтической коммуникации;
- обоснование принципов эффективного взаимообуславливания механизмов первого (технологического) и второго (глубинного) уровня психотерапии;
- возможность более точного и дифференцированного функционального описания основного инструмента ядра психотерапии – веры/власти – пластики/устойчивости;
- возможность аргументированного функционального формулирования основного принципа эффективной психотерапевтической коммуникации в форме правила переформирования “одного – страдающего” в “другого – избавляющегося от страданий”;
- возможность функционального описания феноменов психотерапевтического пространства;
- возможность функционального описания ключевого феномена “привлекательной целостности” психотерапевта;
- аргументированную необходимость выделения и переосмыслиения роли “основной инстанции” в формировании эффектов развивающегося психотерапевтического процесса и последующей конструктивной эволюции.

Но это еще не весь (и даже не основной) эвристический потенциал развивающей психотерапии. Теперь предстоит ответить на главные вопросы, которые мы сформулировали следующим образом: ка-

кие же основные факторы препятствуют выделению психотерапии в самостоятельное научно-практическое направление; какие существуют возможности для их преодоления; какие аспекты предшествующего анализа окажутся в этом плане наиболее перспективными.

Суть основных идентификационных проблем психотерапии (ответ на первый вопрос), заключается в том, что, отчаянно желая стать полноценной наукой, эта специальность с необходимостью вытесняет из собственного поля основной предмет профессии: *Душу, Дух (психотерапия)*, это забота о *душе* и ни о чем более. Обо всем остальном позабочится распрымленная и названная своим именем *душа*, способная “горы переставлять”). Современная наука не в состоянии объективизировать эту неуловимую, но столь очевидно-действенную категорию. Отсюда, вроде бы, ясная трилемма: если в серьезных психотерапевтических дискурсах, даже и с известными оговорками, называть вещи своими именами, то нужно сразу же попрощаться с претензиями на статус “подлинной” науки. Второй вариант – всячески вытеснять эти “неудобные” категории из поля реальности и профессионального языка, например, обозначая их как “подсознательное”, “бессознательное”, “предсознательное”, “сверхсознательное” и так далее. Этим, конечно, можно заработать себе индульгенцию на условный статус “подлинной науки”, но ненадолго – уж слишком неопределенны и подозрительны эти обезличенные и ускользающие термины для adeptov “серьезной”, “фундаментальной” науки. Здесь нет фундамента! Третий вариант – заниматься краевыми развивающими практиками (в нашем понимании – поверхностным, “техническим” уровнем психотерапии), бесконечно гадая о причинах разброса результатов по шкале эффективности.

Мы полагаем, что все перечисленное – не очень удобные, а, теперь уже и тормозящие развитие специальности, компромиссы. Их время прошло. Существенное решение заключается в возможности использования новых научных подходов (архетипов), адекватных заявленной проблеме. И, конечно, найденное решение будет ответом на многие животрепещущие проблемы современности. Здесь мы вступаем на территорию базисных концепций психического с выходом в метадигму “новой реальности”, откуда уже не понадобиться изгонять живую, чудесную *Душу* нашей профессии. И это замечательно!

III НАУЧНЫЕ АРХЕТИПЫ РАЗВИВАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Уточнение проблемы.

Уникальность идентификационной ситуации психотерапии, претендующей на выделение ее в самостоятельное научно-практическое направление, заключается, по нашему мнению, в том, что она буквально повторяет необходимость непростого выбора, вырастающего перед каждым мыслящим субъектом. Речь идет, как мы ранее отмечали, о приобщении к одной из трех противоречивых и расходящих-

ся суперсистем, координирующих бытие субъекта в меняющемся мире: рациональные знания, иррациональные верования и непосредственный опыт.

Подлинный драматизм данной ситуации заключается в том, что и для человека, обладающего живой душой, и для психотерапии, основным предметом которой она является, каждый из этих вариантов выбора и ущербен и небезопасен.

Система рациональных знаний в конце XX века оказалась несостоительной и не ответила ни на один из идентификационных вопросов человеческого бытия.

“Фундаментом” иррационального верования, чаще всего, оказывается “песок” личного доверия к одному из более или менее убедительному агитаторов-пророков, а не собственный, глубоко пережитый, религиозный опыт (к тому же, непереносимый на других).

Непосредственный же, повседневный опыт ограничен. Из него не выводимы сложные феномены духа. “Что касается существования Богов, то я не знаю, есть они или их нет. Уж слишком многое препятствует этому знанию. И вопрос темен, и жизнь коротка” - знаменитый ответ Протагора, под которым подпишутся многие.

Таким образом, приверженность к какой-либо одной системе координат, ясности относительно обсуждаемых категорий *Духа* и *Души* не прибавляет. Но поскольку попытка устоять на трех расположенных “китах” чревата еще более тяжелым схизисом и возрастанием базисной тревоги, из двух зол приходится выбирать меньшее.

Для психотерапии, в отличие от ее субъектов, данный выбор очевиден – пройдя тысячелетний период накопления практического опыта и, почти, столетний этап научного развития, она не может и не должна повернуть вспять. Но продолжение уверенного движения в направлении данного выбора, конечно, не должно покупаться ценой отказа и вытеснения своего основного предмета. Таким образом, психотерапия просто обречена на то, чтобы сказать новое слово в науке, существенно расширить “когнитивный репертуар” последней.

В том, как сложно его произнести, мы убеждаемся, анализируя возможности сопоставления двух конкурирующих систем фундаментальных допущений, на которых основываются коренные различия обсуждаемых категорий рационального и иррационального. Первая из них – фундаментальные допущения в науке:

- существует мир, автономный от нашего сознания;
- существуют некие объективные закономерности становления мира;
- существует некая объективная связь событий, доступная для исследования.

Фундаментальные допущения в системе иррациональных верований:

- мир существует по воле Бога;
- рационального способа познания трансцендентного (Бога) нет;

- следовательно, устанавливается примат веры.

Абсолютное большинство апологетов, как той, так и другой точки зрения, отрицает не только возможность, но и необходимость сближения вышеназванных позиций. Однако есть и такие, которые считают, что человечество, найдя сущностный компромисс между полярными системами фундаментальных допущений (Тейяр Де Шарден), выигрывает самый главный приз за всю историю своего развития. Мы, понятно, солидаризуемся с последними и считаем, что сущностное решение проблемы найдено. Его только следует должным образом трансформировать в систему непосредственного опыта и простых понятий, доступных каждому мыслящему человеку. Таким образом, **цель нашего исследования** состоит в том, чтобы найти способ объективизации феноменов *Души* и *Духа*, используя новую систему фундаментальных допущений, преодолевающую ограничения первых двух.

Центральная гипотеза (идея) исследования состоит в том, что магистральное решение проблемы коренного изменения (а не сближения) вышеназванных фундаментальных допущений лежит в разработке психологической части замечания Альберта Эйнштейна (с которым соглашались Нильс Бор и Вернер Гейзенберг, а затем и многие другие) относительно неоднозначно воспринимаемого мира. Эйнштейн (который и сформулировал систему фундаментальных научных допущений) утверждал, что *картина мира зависит от скорости нервных процессов у наблюдателя*. Вопрос, почему же до конца никто не попытался выяснить, каким именно образом будет меняться картина мира с изменением скорости нервных процессов, – по своему очень интересен. Однако нас, идущих прямо к цели, должно занимать другое. Этим своим замечанием Эйнштейн выделил категорию *информационного* в характеристике реального с функциями *сущностной переменной и связующей* между *объектом* и *субъектом*. Далее, он подчеркнул субъективный характер категории *информационного* и зависимость ее содержания от скорости нервных (психических) процессов.

Концептуальной сферой нашего исследования является обоснование модели “новой реальности”, позволяющей адекватно решить центральную задачу объективизации феноменов *Души* и *Духа*.

Останавливаясь лишь на ключевых позициях нижеследующей модели “новой реальности” нам следует получить ответ на вопросы: что есть время, что есть информация, что есть момент настоящего и каковы его параметры. Подлинный смысл здесь имеет последний вопрос, из которых следуют ответы на два первых.

Временные параметры “момента настоящего”, формируемого ритмическими импульсами нашего активного сознания, составляют 10 микросекунд. Одновременно (примечательный факт!), эти же временные параметры являются основной характеристикой моментальной (мгновенной) памяти. События с меньшим уровнем устойчивости (длящиеся менее 10 микросекунд) не фиксируются и не воспринима-

ются как таковые. “Реальная” картина мира, которую теперь правильнее назвать субъективной информацией о мире, строится посредством “кирпичей” моментальной памяти, формирующей такие категории, как “*объекты-предметы*” в отношении событий, обладающих достаточно высокой степенью устойчивости; “*среду*” – в отношении событий, обладающих меньшей степенью устойчивости. Кроме того, очевидное множество событий, предметно не существующих в нашей субъективной реальности, мы, тем не менее, можем воспринимать как “*законы или закономерности*”.

Таким образом, первичная информация о мире, есть субъективная мозаика, сложенная из “кирпичей” моментальной памяти. Последние, в свою очередь, формируются фундаментальной константой нашего активного сознания, которую мы обозначили как фиксируемый импульс изменений (ФИИ). Следовательно, ФИИ содержит и обуславливает не только временные, но и *объектно-закономерные характеристики* того, что мы называем подлинно-реальным (момент настоящего).

Далее, мы должны получить ответы на вопросы: будет ли изменяться картина мира (информация в отношении *объектно-закономерных характеристик* мира) с изменением временных параметров ФИИ (масштабов “настоящего”), будут ли данные изменения носить сущностный характер и какие основные выводы из этого следуют.

Однозначный ответ на первый вопрос, по сути, повторяет уже известное высказывание Альберта Эйнштейна. Мы лишь уточнили, что именно здесь следует понимать под термином “скорость нервных процессов”. Информация о происходящих событиях (*реальность*) будет существенно или кардинальным образом меняться в зависимости от изменения объемных параметров ФИИ.

Следующий ответ также однозначен: эти изменения будут носить сущностный характер и отражать действительную замену одних объектов, явлений, системы отношений (законов – закономерностей) между ними, на другие объекты, явлений, законы, по типу убывающих и, соответственно, возрастающих вероятностей контурируемой реальности. Проблема, однако, заключается в том, что, если характер изменения *реальности* – субъективной информации о мире в направлении “укорочении” параметров ФИИ (которое следует понимать как изменение масштабов момента настоящего от неосознаваемого “мгновения” вплоть до “бесконечности”) достаточно разработана, изучена в модели физического микро-мира, то моделирование “реальности” в другом полюсе – “увеличения” параметров ФИИ встречает серьезные затруднения. Ниже мы еще остановимся на подробном анализе данных трудностей. Но, сейчас, они не мешают нам представить иные целостности – суперструктуры, функционирующими с иными, чем у нас масштабами ФИИ, с теми же правами на *реальность*, что и наши собственные. Мало того, масштабы ФИИ могут быть такими, которые исключают, с точки зрения данных структур, нашу индивидуальную *объек-*

тную реальность. Отсюда следует, что информация – память о той реальности, которую они воспринимают, будет носить, очевидно, иной характер, чем осознаваемая память человека, сконструированная из “кирпичей” ФИИ с длиной, равной 10 микросекундам. Например, с точки зрения биологических суперструктур-объектов, генераторов данной памяти (рода или вида, имеющего теперь свойства неделимого целостного), такой “реальности” как конечность индивидуального бытия человека может и не существовать. Протяженность жизни индивида, в нашем понимании данного термина, может быть значительно меньше, чем “мгновение настоящего” данной суперструктуры.

Таким образом, разномасштабные целостные структуры, сколь угодно сложной, субъективно конструированной реальности, взаимообуславливающие друг друга, “*знают и помнят*” разное! То, что есть абсолютно реальные и несомненные объекты для одних, для других могут осознаваться или в виде смутных закономерностей, не имеющих “*объектного*” подтверждения, или не осознаваться вообще. И, наоборот. Весь вопрос в том, где и как взаимодействуют эти виды информации, при том, что отсутствуют не только “*общий язык*”, но и возможность общей семантики в традиционном смысле этого слова.

Итак, время – нелинейный и субъективный феномен, рождающий вследствие взаимодействия ФИИ (параметры которого могут быть различными) с феноменами памяти – личности человека. Отсюда, такая характеристика как “*субъективность*”. Основное функциональное значение данного феномена заключается в возможности конструирования *информации – реальности*. Таким образом, “изменение скорости нервных (психических) процессов” – это и есть изменение субъективных параметров ФИИ. Поскольку ФИИ – это фиксируемый импульс, “квант” настоящего, с последующим вторичным образованием информации, то время – нелинейно. В сущности, всегда есть только настоящее. Категория прошлого, структурированного как цепь отдельных событий, есть, в значительной степени, иллюзия. И это обстоятельство, вкупе с тем фактом, что “*протяженность*” настоящего абсолютно не осознается, дает начало ошибочному суждению о наличии некоего объективного и линейного времени, а вместе с ним и величайшей иллюзии “автономного и объективного мира”.

В нашей концепции область настоящего выступает как некий диффузный полюс изменений, контурируемый, в зависимости от параметров ФИИ, *объектно-предметная* структура, определяемая большей или меньшей вероятностью – устойчивостью событий – изменений. В модели автономного мира эти два полюса: полюс изменений с характеристиками энергии, пространства материи, элементаристско-линейного времени и полюс информации – сливались. Альберт Эйнштейн – первый, кто выдернул краеугольный камень из этой хрупкой конструкции. Осознание способа фиксации изменений с исполь-

зованием импульса (кванта) ФИИ - вполне верифицируемого феномена, позволяют нам надежно различать эти два полюса, а также расширить содержание категории реального, включив в нее обозначенный информационный полюс. **Итак, “информационное”, всегда “опаздывающее” на мгновение (параметр, формируемый ФИИ), не сливается с “настоящим” – полюсом диффузных изменений.** И вслед за этим нам приходится признать, что информационный полюс, в принципе, не может иметь таких характеристик, как “энергия – пространство – материя”.

Признать - это еще не представить. Последнее – крайне трудно, ибо наши представления – это, так или иначе, пространственные феномены. Когда одного, возможно, наиболее известного исторического персонажа, спросили, как же выглядит Господь Бог, он, в ответ, рекомендовал представить самое мелкое горчичное зерно. Обывателю, скорее всего, было трудно свыкнуться с таким метафорическим образом Господа. Возможно, поэтому, описание данного случая и не вошло в канонические тексты Евангелия. Между тем, такое упражнение было бы полезно для усвоения другой метафоры нашего персонажа, утверждавшего, что “царствие Божие внутри нас”.

Этим примером, мы хотели подчеркнуть, что осмыслить полюс информационного, как не имеющего признаков энергии, пространства – материи, времени (в обыденном понимании этого термина) крайне трудно, но все-таки, возможно. А также и то, что именно в этом информационном полюсе очевидны и необходимы феномены трансформации отдельных и обособленных информационных планов в суперструктуры с качеством целостности и самоорганизации. Ясным и убедительным доказательством этому является феномен личности, несводимый к сумме каких-либо блоков памяти. Уникальной особенностью данной информационной суперструктуры является способность к разворачиванию панорамы памяти в каком угодно ракурсе. В этом смысле личность напоминает веер. Его можно развернуть на одно или два деления – события, а можно и во всю кисть, веер от этого не перестанет быть веером. События, естественно, будут разными. Между тем, качество основной событийной ткани, выкрашенной в разные цвета, раскроенной и скомбинированной по индивидуальному проекту, будет одним и тем же – жестким стандартом ФИИ. Таким образом, сцена, где личность действует, выстраивается из добротного и стандартного материала – кирпичей моментальной памяти, и воспринимается как некий незыблемый, единственno-возможный и объективный мир. Но из этих же стандартных кирпичей строят узоры “прошлого”. И, если в применении такого рода строительного материала для конструирования “настоящего” есть определенный смысл, то использование инструмента ФИИ для конструирования “прошлого” абсолютно не обязательно. Приверженность к данному стереотипу и рождает иллюзию линейного времени со всеми вытекающими отсюда последствия-

ми. От “любого прошлого”, которое сконцентрировано в “горчичном зерне” информационного полюса новой реальности, нас отделяет лишь мгновение настоящего.

В этом же информационном полюсе с необходимостью “прописана” и наша личность, суперструктура осознаваемой памяти, сконструированной из стандартных блоков (ФИИ). Именно поэтому осознаваемая личность привязана к “объективному миру” и не знает никаких других возможных объектов – языков, с помощью которых с нами пытаются говорить “иная реальность”. Между тем, наша собственная принадлежность к целостным объектам другого уровня, легко конструируемых теперь с изменением масштабов ФИИ, не вызывает сомнения. Весь вопрос, как мы уже говорили, заключается в том, как взаимодействуют эти структуры памяти в полюсе информационного. И здесь мы с полной определенностью утверждаем, что смутные (для нашей “объектной” сущности) феномены этой неосознаваемой памяти (видовой, родовой, генетической и какой угодно другой – здесь важен лишь уровень и целостность соответствующей суперструктуры) реализуются в виде “мистических прорывов”, “религиозных озарений”, не таких драматических, но достаточно регулярно воспроизводимых феноменов актуализации “других сущностей” в пространстве психотерапии. Для этого, как правило, требуется некоторое ослабление жестких параметров ФИИ, которое специалисты обозначают как “изменение сознания”. Здесь нет принципиальной разницы. Наше определение лишь предметнее и точнее обозначает суть данных изменений. А так же указывает на возможность объективизации вышеназванного феноменологического уровня с помощью других средств.

Попутно заметим, что все вышесказанное объясняет не только эпохальную стойкость “идеи Бога”, как будто не находящей объективного (в нашем ограниченном ракурсе реальности, Бога, как целостного объекта, не существует) подтверждения. Но, также дифференцию и взаимосвязь идеи *Души и Духа*. “Сколько бы не искал, ты не найдешь границ души, ибо корни ее – Логос”. Здесь и дифференция, и взаимосвязь данных категорий. И лучше Гераклита не скажешь. Можно лишь утверждать, что даже и в смутных, зачастую неосознаваемых, феноменах “другой” памяти, присутствует дифференция уровней целостных суперструктур, а также той суперструктуры, которая объединяет полюс “информационного” и “настоящего”, и не ограничивает себя какими-либо заданными параметрами бытия. В особых состояниях, ослабляющих привязанность к нашему собственному объектному миру, эти различия становятся более очевидными.

Отсюда становятся понятными корни изначального конфликта этих видов памяти (читатель уже догадался, что это и есть упомянутые в самом начале раздела системы координат) – двух великих языков, с помощью которых мир пытается говорить с человеком. С “точки зрения” каждого из этих равновеликих “говорящих”, другой неправ – возвещае-

мые им истины не находят подтверждения в той *реальности*, которую каждый конструировал по-своему и полагал за единственную возможную (воспроизведимый опыт, как мы помним, основывается, в первую очередь, на объектности и предметности). Но теперь, у нас появляется шанс перевода этих великих языков с использованием универсального механизма “формулы настоящего” – ФИИ, конструирующего предметные феномены для каждого уровня. Но и без этих суперкомпьютерных усилий, имея ясное представление о том, как это можно сделать, мы приходим к самому главному: теперь можно определенно и твердо знать, а не только верить в реальность таких крайне важных для каждого человека, и, конечно, для нашей специальности, феноменов как *Душа и Дух*. Дорога к формированию нового языка, необходимого для контакта с этими категориями, открыта. Но от чего мы действительно далеки, так это от мысли, что рождение *нового мышления* – простая и легко выполняемая задача. Однако есть твердая уверенность в том, что именно такое целенаправленное и обоснованное “расширение когнитивного репертуара” – разработка адекватного базиса понятий, формируемых концепцией “новой реальности”, а не только эксперименты с измененным сознанием, позволят нам осилить этот путь.

Последний тезис нуждается в иллюстрациях. Благо, они всегда на виду. Феномены измененного сознания, сообщающие о возможности какой-то иной реальности, возможно, убедительны для переживающего или пережившего данный опыт, индивида, но, отнюдь не убедительны для другого, который в данный опыт не вовлекался. Второй, в отличие от первого всегда может удостовериться в “предметной” реальности воспринимаемого им мира, то есть опереться на непосредственный и воспроизведимый опыт. Первый может только более или менее красноречиво изложить пережитые им ощущения. Второй с полным основанием может объявить этот пересказываемый опыт галлюцинациями. У первого не остается другого выхода, как требовать безусловной веры в реальность пережитого. Вот почему, сколько бы мы не экспериментировали с состояниями измененного сознания и какие бы убедительные откровения из пережитого не следовали, данный опыт всегда уязвим и не может быть признан за доказательство существования феноменов иного уровня организации реальности.

Между тем, наши исследования показывают, что в приведенном примере и первый и второй персонажи допускают фундаментальную, неосознаваемую ошибку, интегрируя полюс “информационного” и полюс “настоящего” в один, а также, не учитывая того обстоятельства, что при внешне одинаковых условиях первый субъект конструировал свой уровень реальности с использованием “укороченного” ФИИ, второй – “обычного”. Но оба при этом свято верили, что время – линейно и объективно. Непосвященный наблюдатель – судья, оценивающий степень правоты каждого из наших персонажей, действительно видит присутствие двух “объектов”. Причем первый

ведет себя как-то странно. И никаких других “объектов”, о которых толкует этот явно нездоровий, не наблюдается. Поэтому прав, естественно, второй. Но посвященный наблюдатель, в первую очередь, скорректирует *реальность* с учетом изменений ФИИ у первого персонажа (моделировать ситуацию второго нет необходимости – она и так на виду). И тут, вдруг, он убедится, что тела спорящих куда-то исчезли. Самое ужасное в этой ситуации будет то, что и его тело неведомым образом растворялось. И вместе них в сияющей дымке появились некие “целостности”, в которых он, скорее всего, отдаленно почувствует что-то знакомое. Суть здесь в том (это будет главным инсайтом у нашего наблюдателя), что с появлением объектов одних сущностных уровней, другие с необходимостью исчезают. Но дальше – еще интереснее. Оба наших персонажа не заметят ни своего исчезновения, ни исчезновения судьи. Потому что он действовал “внутри” момента настоящего, «перемещаясь» с относительно высокой скоростью. В то время как для других участников сюжета процессы “застыли”. Второй инсайт у нашего, теперь уже опытного наблюдателя, будет связан с осознанием возможности такого путешествия в информационном полюсе без травмирующего опыта растворения собственных тел в полюсе “настоящего”. Их, конечно, не обязательно брать с собой тем, кто осознает сложную структуру “новой реальности”. И здесь, быть может, наш путешественник соприкоснется с еще более захватывающим переживанием. Он, вдруг, ясно осознает возможность некоего информационного “бытия” вне тела. Это пронзительное чувство подскажет путешественнику, что информационный полюс реальности – и есть то “вечное – неизменное”, по которому он так долго и подспудно тосковал. И далее он, конечно, поймет, что “вечность” от нас никуда не денется – мы “одной ногой” всегда в вечности. А “другая” – наша осознаваемая личность – очень близко, но все же на мгновение отделена от полюса изменений “настоящего”, где находится наше тело. И если, вдруг, что-то случается с нашей объектностью – телом, то “другая” становится рядом с первой. Потому, что “идти – изменяться” уже нет необходимости. Возможно, это предощущение безграничного, подлинного покоя поможет герою нашего сюжета избавиться от иррациональных страхов перед ложно и ограниченно понимаемой, категорией смерти, ибо в модели новой реальности феномена смерти, как исчезновения субъектности, быть не может. “Исчезнуть” из какого-либо структурированного уровня – полюса изменений, может лишь связующий “объект”. И вот, теперь, обо всем этом можно твердо знать, а не только верить. Но, главное, пережитый опыт поможет, наконец, избавиться от неадекватной, подспудной привязанности к “вечному неизменному”, и развернуться лицом в подлинную жизнь – блистательный полюс изменений, выполняя свою главную миссию – быть свидетелем и соучастником величайшего акта “творения”. В этом, пожалуй, наш герой пойдет несколько дальше задумчивого и благородного принца Сидхартхи Шакьямуни, рекомен-

довавшего избавляться от привязанностей другого рода.

Таким образом, ясное понимание парадокса нелинейного, субъективного времени, дает возможность и “путешествия” с разными скоростями и “остановки” в пространстве новой реальности без риска утраты субъективности как информационной суперструктуре.

Все сказанное можно еще раз, с акцентом на увеличение “объема” настоящего, проиллюстрировать интересным, с нашей точки зрения, вариантом решения классического парадокса Зенона: “Ахилл, догоняющий черепаху”. Напомним его суть. Как только Ахилл добегает до того места, где была черепаха в момент старта – она успевает на какое-то расстояние сдвинуться. Расстояние это становится с каждым стартом все короче. Но, тем не менее, оно всегда образуется. Поэтому “быстроходий” Ахилл никогда не догонит черепаху. В общем, есть над чем поломать голову, тем более, что в “реальной” жизни эта проблема решается с неимоверной легкостью. Мудрый Зенон забыл сообщить наивным грекам, что вместе с расстоянием уменьшаются и промежутки времени, за которые Ахилл добегает до того места, где только что была черепаха. Но как только это время станет “меньше” момента настоящего, для реального наблюдателя, не осознающего данный аспект задачи, эти движущие объекты попросту остановятся. Так что, прав был Зенон, а не математики позапрошлого века. В условиях данной задачи Ахилл не догоняет черепахи. И дело здесь в неосознаваемой смене масштабов ФИИ, начиная с присущей нам, Зенону, Ахиллу и математикам, величины в 10 микросекунд.

Однако, интересно выглядит решение данной задачи, если условием поставить, теперь уже сознательное увеличение объемов “момента настоящего”. Допустим, от 1 микросекунды до 500 лет. Тогда “невключенный” наблюдатель, фиксирующий лишь изменение структуры и характера взаимодействия объектов, будет видеть следующее: Ахилл и черепаха некоторое время стоят на месте, не двигаясь, но как только ФИИ достигает 10 микросекунд - они начинают движение. Ахилл быстро догоняет и перегоняет черепаху. Но, после того как объем “момента настоящего” перевалит за 100 лет (герои, к сожалению, долго не живут) Ахилл, вдруг, куда-то исчезает. А вместо него появляется некий неясный фон. Объем ФИИ превысил 500 лет (средний возраст жизни черепах) – исчезает и черепаха, а фон, теперь уже общий, с неясными контурами “общего Ахилла” и “общей черепахи”. Легко заметить, что при этом исчезает и задача. Последняя иллюстрация показывает возможность, без особого напряжения, моделировать основной вектор изменений характера объектов, закономерностей, способа постановки и решения задач, которые формируются ФИИ и существуют применительно, лишь к определенному, структурированному уровню реальности. При желании, например, можно показать, что конкретный смысл знаменитой формулы $E=mc^2$ сохраняется только в условиях, ког-

да ФИИ = 10 микросекундам, так как константа С (скорость света) в первом уравнении является теперь уже величиной не постоянной, а зависимой от параметров ФИИ. Так, можно смоделировать реальность, где константа С будет равна нулю. Это будет, по-своему, очень интересно.

Завершив изложение общей концепции “новой реальности” мы бы хотели определением основных различий нашей модели от версии “вероятностного физического мира”, а также от синергетической модели “порядка-хаоса”. Мы видим их, прежде всего, в том, что рассматриваемые данными теориями феномены неопределенности, порядка и хаоса, в нашей модели выступают как следствия изменения параметров “момента настоящего”, то есть эти категории вторичны. Их главный смысл в том, чтобы показать степень нашей собственной объектной неопределенности (хаоса) со всеми, присущими нам атрибутами “автономного” мира, в другом уровне структурирования реальности. Однако неосознанная привычка вытеснять себя из “объективной реальности”, препятствует осознанию этого факта.

Теперь, очевидно, каждый школьник знает, что в знаменитом споре Альберта Эйнштейна и Нильса Бора, имеющего отношение к обсуждаемой теме, прав оказался великий датский физик, обосновывавший модель вероятностного физического мира, а не Эйнштейн, утверждавший, что “Бог не играет в кости”.

Мы в этом не уверены. Бог, видимо, оказался умнее, и в метафорическом смысле, дал каждому собственный дом, куда невозможно проникнуть, без того, чтобы полностью “отказаться” от собственной объективности и принять реальность совершенно других целостностей. Но, если, таким образом, все возможные объекты, расставлены по “своим местам” – уровням, то существует некое общее место для субъектов (информационных суперструктур) – информационный полюс реального. Здесь еще одно существенное отличие модели “новой реальности” от упомянутых выше подходов. Возможность выделения субъективного “кванта” настоящего – фиксируемого импульса изменений позволила нам обосновать и развести категории “настоящего” и “информационного” по различным полюсам новой реальности. Отсюда следует, что осмысление огромного значения феномена ФИИ, выступающего центральным стержнем модели “новой реальности”, отсутствует в рассматриваемых концепциях. И в этом третье, главное отличие нашей концепции от двух названных.

Приведенных различий, оказывается, достаточно, для того, чтобы в нашем случае иметь возможность и механизм объективизации сложных феноменов *Души и Духа*, и оставлять данную проблему нерешенной в формате вышеназванных научных теорий.

Рассматривая область доказательства всех выдвинутых положений, мы обращаем внимание на то, что они основываются на известных научных фактах. Например, психофизиологических параметрах ритмической активности мозга, объективно

фиксируемых феноменах памяти, личности и других. Логическая цель рассуждений, которую мы в данном случае себе позволили, рассматривала лишь очевидные следствия сведения всех этих фактов в единую систему, с выделением понятной и аргументированной перспективы. Именно, таким образом, и рождаются все современные научные подходы. При этом ясно, что крайне интересный этап верификации некоторых неочевидных или не вполне очевидных положений нашей теории (объектное моделирование разноуровневых суперструктур и создание новой системы понятий с использованием ключевого механизма ФИИ) еще впереди. Однако, можно уже сейчас успешно использовать возможности нашей внутренней лаборатории, именуемой голова на плечах (единственного места, где может рождаться подлинная новизна) для того чтобы, как советовал Мартин Хайдеггер, “начать, наконец, мыслить”. Последний считал данную рекомендацию единственным разумным ответом на вопрос “что делать”.

Подводя итог концептуальной части нашего исследования, отметим, что выделение первичных, объективизируемых феноменов концепции новой реальности (фиксируемого импульса изменений – момента настоящего – мгновенной памяти) дало возможность по-новому рассмотреть содержание и функции центральных категорий второго уровня – времени, информации, личности. Сведение вышеизложенных категорий в единую систему позволило аргументировано представить двуполюсную модель “новой реальности”, показать беспочвенность основных посылок конфликта разнонаправленных фундаментальных допущений, лежащих в основе систем рациональных знаний и иррациональных верований, а также несостоятельность самих этих фундаментальных принципов.

Основной эвристический потенциал данной модели заключается в реальной возможности объективизации сложных феноменов многих, до настоящего времени неверифицированных, целостных информационных суперструктур, в том числе и тех, которые мы обозначаем как *Душа* и *Дух*. Главные проблемы в использовании названной модели будут, по видимому, заключаться в необходимости существенного пересмотра семантики научных и обыденных терминов, касающихся рассматриваемой темы, а также разработки нового понятийного аппарата. Другой, позитивной стороной данного процесса, является возможность создания общего тезауруса, в котором так нуждается наша профессия.

Ввиду всего сказанного, нам представляется уместным вести речь о разработке нового научного архетипа, более адекватного потребностям гуманитарных специальностей, который мы бы хотели обозначить как “кольцевой”. Мы видим основное достоинство такого способа мышления в том, что, удаляясь в какие угодно крайности холистического или элементаристического толка, можно ясно представлять и аргументировано обозначать “коридор” их эффективности. Любая проблема рассматривается не только с позиций данных крайностей, а с многих пози-

ций, точно используя подвижный “фокус” фиксируемого импульса изменений.

Таким образом, речь идет о перспективе выстраивания континуума (кольца) точек зрения на какую-либо задачу, и, соответственно, результаты и варианты ее решения. Последние будут и более адекватными, поскольку все это многообразие просеивается через “сито” конкретных потребностей. Возможность рассматривания целостной многоуровневой проблемы, с использованием континуума (кольца) подходов и дивидендов каждого из них, не конкурирующих, а дополняющих друг друга, особенно важна для науки и практики, где в качестве основного предмета выступает категория “психического”.

Формирование данного научного архетипа, адекватного нуждам и потребностям, в первую очередь, психотерапии, идентифицирующей себя как самостоятельное научно-практическое направление – есть первое и главное следствие разработанной модели “новой реальности”.

Ближайшие перспективы использования новой научной модели нам видится в следующем.

Нормология. Новые, убедительные, экспериментальные подтверждения функциональной активности мозга, как “передающей”, но не “хранящей” информацию, системы, получаемые неврологами с конца 90-х годов прошлого столетия, находят теперь адекватное теоретическое обоснование в модели двуполюсной реальности. С этих позиций крайне интересно исследование функций сна в аспекте переформирования кратковременной “энергезированной” памяти в долговременную (то есть в полюс информационного), как процесс освобождения энергии. Здесь представляются уместными аналогии с моделью атома, где квант энергии выделяется при переходе частицы на более устойчивую орбиту. Отсюда нам становится понятной необходимость изменения параметров ФИИ и “отсылка” осознаваемой личности в период сна от полюса “настоящего” к полюсу “информационного” с соответствующим изменением картины реального. Понятна также и разница между состоянием полной обездвиженности и сном. У обездвиженного, но не спящего человека, оперативный объем информации не утилизируется и не переформируется в его концентрированное “Я”. Главное качество проснувшегося – обновленность. Об отдыхнувшем, но не спавшем, этого не скажешь.

В этой связи сон – идеальная модель процессов двухуровневой психотерапии, где все внимание концентрируется на приобретении этого качества “обновленности”, невозможного без тесного соприкосновения с *Душой* при условии изменения параметров ФИИ.

Таким образом, исследование феномена сна с использованием модели новой реальности, способно, в принципе, приблизить нас к пониманию: механизмов и ритмов взаимодействия двух полюсов реальности; основной функции мозга, обеспечивающей данное взаимодействие; изменения параметров ФИИ как необходимого условия вышеизложенного процесса. Но, кроме того, следует внимательно присмот-

реться к особенностям сигналов (языку), которыми пытаются объясниться с нами суперструктуры *Душа и Дух*, в данном состоянии, с тем, чтобы попытаться сконструировать более внятный механизм рационализации, чем тот, который имеется на сегодняшний день.

Патология. У нас нет сомнения в том, что многие, так называемые эндогенные заболевания, связаны с искажением функции ФИИ. Таким образом, человек с нарушенными параметрами и ритмами формирования двух (а не одного, что очень важно) полюсов реальности, лишен возможности с одной стороны получать ориентирующую его объектную информацию, с другой – получать энергию при ее “утилизации” в компактную структуру личности в информационном полюсе реального. Он лишен “нормального” доступа к собственной *Душе*. Но и *Душа* не может “достучаться” до него. Ее энергичные попытки доходят лишь в виде искаженных сигналов, манифестирующих с точки зрения наблюдателя, как “психоз”. Восстановление сна, в этой связи, должно рассматриваться, как возможность появления доступа к ресурсной суперструктуре, где и сосредоточен потенциал подлинного исцеления.

В связи со всем вышесказанным представляется целесообразным исследование полного спектра нарушения параметров ФИИ, как функционального маркера заболеваний, очень точно и образно названных “душевными”.

Другой, крайне интересный аспект исследования патологических процессов, как общего явления, состоит по нашему мнению, в квалификации данного феномена с позиции других уровней “объектности”, с использованием кольцевого научного архетипа. Пока что базовые отрасли биологической науки предпочитают двигаться “вглубь” патологии. Но, может быть, стоит заглянуть и на ее “верхние”, обобщающе-целостные уровни. И уже там поискать эвристических ответов, простирающихся за дальние горизонты сферы, именуемой “профилактика”.

Философия. Философия, как система более или менее целостных взглядов на мир получает “новую реальность”, как инструмент, способствующий осмыслиенному и энергичному продвижению к этой декларируемой целостности, эффективному решению базовых противоречий, препятствующих данному процессу. Использование аргументов названной модели, кроме того, поможет избавиться от одностороннего и пессимистического истолкования основных экзистенциалов западной философии (смерть, одиночество, свобода, бессмысленность). А также изменить общую ситуацию в данной отрасли знаний, которую восточное крыло философии представляло в виде знаменитого парадокса Лao Цзы: “знающий не говорит, говорящий не знает”. То есть, те истины, которые невозможно определено обозначить (нет объектности!), на которые можно лишь указывать, задавая определенные вопросы (гениальный, развивающий и ненавязчивый способ даосов, знающих толк в “горчичных зернах”), назвать своими именами, указав новое семантическое поле.

Социология. Здесь присутствуют очевидные перспективы использования концепции “новой реальности” для создания обновленной социальной метадигмы – параметров порядка, формирующих общество как целостную суперструктуру. Система простых идеом (заповедей, осознанно или неосознанно регулирующих поведение людей), таким образом, имеет перспективу избавиться от опасного разобщения и получить реальное подкрепление, живую аргументацию в виде современного, цельного толкования “прописных” истин. Где, как нам кажется, категория “свободы”, как единственного и необходимого условия развития индивида и общества, обеспечивающего их разнообразие и неповторимость, при высоком уровне терпимости, будет центром всей композиции.

Мифология. В свете всего сказанного закодированная история развития *Души и Духа* предстает в новом ракурсе.

Сотворение мира. “В начале было Слово и Слово было Бог”. Святая правда. Логос – слово – “горчичное зерно” спрессованной информационной суперструктуры, лишенное таких характеристик, как энергия, пространство – материя, время (в обыденном понимании), сводимы к состоянию “всего” до энергетического взрыва Вселенной. Но только в модели линейного времени.

“Слово” продолжает “Быть”. И, поскольку оно должно еще и “произноситься”, рядом разворачивается величайший акт творения, который, в сущности, есть возможность внутреннего изменения “горчичного зерна”. Здесь мы находим ответы на парадокс феномена пространства: “а что дальше, за этим контурируемым пространством”. Дальше – “горчичное зерно”.

Изгнание из рая. Святая правда. Яблоко “познания” оказалось и незрелым и чреватым тяжелым “схизисом”. Человек отравился иллюзией “реальной и автономной” мира, утратил целостность и возможность прямого контакта (а в сущности, доверия к прорывам неосознаваемой памяти) с полюсом информационного. Он покинул “рай” гармонии бытия с подлинным чувством собственного бессмертия, а взамен получил “реальность”, наполненную страхом неизбежного конца, с компенсаторной тягой к “вечному – неизменному”. С тех пор он “бредет, спотыкаясь кривыми, глухими и окольными тропами”. Но, может быть, теперь другая, “прямая дорога”, ведущая к океану жизни, стала ближе. Мы еще вернемся!

Ад и чистилище. Наша осознаваемая память, постоянно “прописанная” в информационном полюсе, находящаяся или в процессе развития (жизни), или в процессе покоя – вот единственный *ад*, который возможен. Несравненный гений, Гераклит об этом сказал кратко и поэтично: “умирая, каждый сам себе зажигает светильник в夜里”. Вопрос в том, какое содержание жизни будет освещать этот индивидуальный светильник. Что же касается “чистилища”, то это, пожалуй, намек на психотерапевтические возможности информационного полюса, которые мы, как люди нетерпеливые, предпочитаем реализовы-

вать в активном статусе индивида.

Сын Бога, Сын Человеческий. История вопроса опять же восходит к Гераклиту, жившему за 500 лет до пришествия официального автора упомянутого мифа. В своем афористическом стиле Гераклит отметил, что “лишь мудрец хочет и не хочет называться именем Бога”. Это говорил человек, хорошо понимавший, где искать корни Души. Но захотел называться именем Бога, и поставил свою жизнь на карту в доказательство этого тезиса – другой. Не только мудрый, но и мужественный. Хорошо понимавший, что будущее человека (отсюда – сын человеческий) – это осознание своего неразрывного единства со всем сущим (отсюда – сын Бога).

Конец света. Не вызывает сомнения, что этот миф – наиболее оптимистический и вселяющий надежду в наши растревоженные сердца. Ибо ожидается, конечно, не только конец “этого света” – безрадостного “автономного” мира, но и “света того”, заселенного произвольными, порой не очень приятными фантомами, в реальность которых можно только верить. Здесь мы выражаем надежду, что и наши скромные усилия ускорили данный, во всех отношениях полезный и необходимый, процесс. А значит и приход того момента, когда на руинах того и этого, воссияет новый, гораздо более яркий и согревающий свет, уже не травмирующей, а исцеляющей реальности.

Заключение

Приведенный перечень очевидных перспектив развития научного архетипа, адекватного потребностям психотерапии, можно продолжать, (например, в сфере естественных или точных наук). Однако, и без того ясно, что психотерапия, долгое время выпестовывавшая свое собственное научное направление, теперь переступила порог. Сложности данного процесса были обусловлены самим предметом специальности, неоднозначным характером ее центральных категорий: души, духа, информации, времени, личности, которыми она вынуждена оперировать и значение которых точно осознавать.

Вместе с тем, психотерапия парадоксальным обра-

зом сочетает две величайшие развивающие модальности, опираясь на которые, движется человечество – науку и искусство. Спор о том, к которой из них следует причислить психотерапию, представляется беспредметным. Когда психотерапия проводится – это искусство. И чем его больше, тем лучше. Ибо главное в искусстве – это уникальность и неповторимость. Когда психотерапия, как реальный процесс, заканчивается и мы говорим (или пишем) о ней – это наука, поскольку главное в науке – возможность понимать друг друга и опираться на некое общее значение терминов, и, подспудно, на воспроизводимый опыт. То есть, чем больше общего, тем лучше. И мы надеемся, что теперь этого “общего”, научного стало больше.

Однако, заканчиваясь, как процесс, психотерапия становится наукой лишь для профессионалов. Для пациентов она становится качеством их жизни. И вот, если имела место “задевающая душу”, глубинная психотерапия, то ее субъекты с большей вероятностью могут чувствовать приближение “прямой дороги” жизни, а иногда и “взоры” на нее.

Основная задача, как нам кажется, состояла в том, чтобы психотерапевтическую науку, расщепленную со своим собственным предметом, и, в меньшей степени, практику, попытаться вылечить ее же средствами. Придав ей цельность, основные развивающие ресурсы.

Если это, в какой-то степени, удалось, то у нас появляется надежда на обретение некогда утраченной целостности бытия. Отсюда понятны, совершенно потрясающий, непосредственный интерес к психотерапии, а также, и дисциплинарная заинтересованность со стороны других развивающих практик. В нашей профессии люди чувствуют подлинный потенциал целительства. Целительства, в глубинном, сущностном значении этого слова.

Таким образом, основная миссия развивающей психотерапии заключается в том, чтобы преодолеть опасный и неоправданный разлад человека с его собственной *Душой и Духом*.

Время пришло.

СОВРЕМЕННАЯ СЕКСОЛОГИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С КРИЗИСНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Л.А.Кузьмина

г. Рязань

Кризис – это состояние человека при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности, как дискретный момент развития личности. Затяжной кризис несет в себе угрозу социальной дезадаптации, суицида, нервно-психического или психосоматического страдания.

Наиболее частыми и сложными являются супру-

жеские и семейные кризисы. Психотерапия кризисных состояний проводится с учетом уровня терапевтических особенностей кризисных пациентов и с учетом уровня терапевтической установки (конструктивный, симптоматический, манипулярный, демобилизующий).

Кризисная психотерапия (КП) имеет принципи-

альные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике пограничных состояний – ургентный характер помощи и выраженная потребность пациента в эмпатийной поддержке.

В КП пользуются тремя основными методами: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации.

В супружеских конфликтах (или конфликтах между сексуальными партнерами) в случае внутренней угрозы отношениям партнеров (непосредственное ухудшение взаимоотношений) применяется тактика, направленная не только на решение текущих проблем, но и на выявление и коррекцию взаимоисключ-

ющих ожиданий и требований партнеров по отношению друг к другу. Возникающая при супружеских кризисах сексуальная дисгармония вызывает различные сексуальные расстройства во всех четырех фазах сексуальных реакций. Сексуальные расстройства психологического происхождения являются результатом напряженности во взаимоотношениях и неумения общаться. Выбор психотерапевтических методов для лечения сексуальных расстройств индивидуален. Наиболее эффективными являются рациональная психотерапия, психодинамическая и бихевиоральная терапии с гуманитарно-психологическим подходом.

О ВОЗМОЖНОСТИ СУЩЕСТВОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ МУЗЫКОПСИХОТЕРАПИИ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В.Ю.Куй-Беда, Г.Н.Носачев

г. Самара

В 1996 году на VIII Всемирном конгрессе музыкотерапии было принято следующее определение музыкотерапии. Музыкотерапия – это использование музыки и (или) её музыкальных элементов (звука, ритма, мелодии или гармонии) квалифицированным музыкотерапевтом, индивидуально или в группе, в ходе оказания помощи по улучшению навыков общения, взаимоотношений, обучения, (само)мобилизации, самовыражения и других сходных терапевтических задач, с целью удовлетворения физических, эмоциональных, интеллектуальных, социальных и когнитивных потребностей.

Знаменательно, что уже в этом определении Всемирной федерации музыкотерапии (ВФМТ) музыка и её элементы рассматриваются как средства для достижения терапевтических, психологических, социальных и философских задач. Соответственно, это повторяет концепцию С.Ледера (1975) о выделении 4 моделей психотерапии: медицинской, психологической, социальной и философской. Фактически, это доказывает, что музыкотерапия не осталась в стороне от наметившихся в последнее время в области психотерапии тенденций к интегративным процессам. В дальнейшем, это движение в сторону интеграции было продолжено, что подтверждается принятой в 1999 году на IX Всемирном конгрессе классификацией моделей музыкотерапии (МТ). Были названы 5 интернациональных моделей музыкотерапии (т.е. признанных ВФМТ и используемых не только на родине их создателей):

- 1) аналитическая МТ;
- 2) поведенческая МТ;
- 3) МТ Бенензона;
- 4) так называемая, GIM-техника - направленной визуализации и музыки;
- 5) МТ Нордоффа-Роббинса.

Названия первых двух моделей говорят сами за себя. Специалисты, использующие их, придержива-

ются, соответственно, психодинамического и бихевиористского направлений психотерапии. Ролландо Бенензон, по имени которого названа третья модель МТ, является сторонником гештальт-терапии. “Направленная визуализация и музыка” (“GIM” – guided imagery and music) – техника, в которой прослушивание классической музыки сочетается с релаксацией с целью вызывания образа для самоактуализации. Представители направления, использующие GIM, подчёркивают, что целью является, именно, самоосознание (самоактуализация), а не лечение симптома. Каждый может понять свои проблемы и способы их преодоления через самость. В этом подходе отчётливо прослеживаются положения гуманистической психологии Карла Роджерса и Абрахама Маслоу. Наконец, музыкотерапия Клайва Роббинса, одного из основателей импровизационных техник в музыкотерапии, хотя и с некоторой натяжкой, скорее всего, может быть отнесена к дидактическому подходу. В то же время она может служить прообразом синтетических тенденций в музыкопсихотерапии, появившихся задолго до того, как подобные тенденции возникли в самой психотерапии, поскольку здесь, наряду с импровизационными, т.е. “чисто” музыкальными, используются методики и техники различных направлений психотерапии.

По-видимому, на осознание революционности такого подхода к разделению на модели МТ ещё потребуется некоторое время. Однако уже сейчас понятно, что благодаря такому делению, удалось преодолеть ограничения, установленные рамками чисто клинического или, напротив, сугубо “музыкального” подхода. Например, существовавшие и существующие до настоящего времени попытки классификации по инструментам, с помощью которых осуществляется МТ (арфотерапия, барабанотерапия, гитаротерапия и т.д.), или же по тому эффекту, который предположительно должен возникнуть при про-

слушивании музыки (Relaxation Music, Mozart-Effect), хотя и обладают набором признаков, достаточных для их определения в качестве определённой методики или техники, всё же являются недостаточными для того, чтобы называться самостоятельным направлением.

Более того, новая классификация, по сути, явилась первой попыткой упорядочить современные подходы в музыкотерапии в соответствии с направлениями, существующими в мировой психотерапии. Большинство авторов выделяет три основных направления, отражающих различные социально-психологические концепции личности: динамическое (психодинамическое), поведенческое и эзистенциально-гуманистическое. Такое разделение носит достаточно условный и, в основном, теоретический характер. В практике современной психотерапии, как правило, используются комбинации методик и техник из различных направлений. Имеется тенденция к их интеграции.

Таким образом, музыкотерапию можно рассматривать как своеобразную модель, связанную не только и не столько с направлениями в психотерапии, построенными на структуре личности, сколько на возможности влияния музыки на глубинные нервные центры, способные оказывать психологическое (эмоциональное) воздействие в различных моделях психотерапии. Исходя из этого, в нашей музыкальной психотерапевтической методике мы опирались не только и не столько на выделенные выше подходы, модели, направления и виды музыкопсихотерапии, сколько на возможность МТ затрагивать индивидуально глубинные мозговые механизмы, приводящие к адаптации нарушенные психические функции.

В связи с этим, нами предложена модель музыкопсихотерапии (МПТ) (Куй-Беда В.Ю. Патент №2163150. М., 2001 г.). Разработанный алгоритм индивидуального подбора МТ композиций и их использования в процессе психотерапии невротических расстройств обладает, по нашему мнению, рядом признаков, характерных для интегративного подхода.

Во-первых, личность рассматривается как единое биопсихосоциальное целое. Эта целостность проявляется в том, что личность “реагирует” на психотерапию через психическое, а меняется не только психическое, но и биологическое (исчезновение симптомов), а через них – и социальное (социальная адаптация). Таким образом, с помощью данной модели МПТ достигается цель психотерапии – лечебное психическое воздействие врача с помощью того или иного вида, метода, методики, приема психотерапии на пациента (личность), а через него – на весь организм.

Во-вторых, указанная модель МПТ является самостоятельной методикой, включающей в себя как направления МТ, так и патогенетические, симптоматические (синдромальные), динамические, личностные и социальные моменты.

В третьих, данная методика апробирована и внедрена в практику Центра медико-социальной реаби-

литации г. Самара и, фактически, позволила свести медико-психологическую реабилитацию в единый процесс, во главе которого стоит врач-психотерапевт, осуществляющий свою деятельность совместно с ко-терапевтами – медицинским психологом, музыкальным работником и социальным работником.

В четвертых, применяемая нами методика МПТ обладает личностной направленностью. Музыкотерапевтические композиции создаются, путем подбора из созданных автором электронных банков музыкальных паттернов (т.е. согласованных, определенным образом, музыкальных отрывков), индивидуально для каждого пациента, с использованием ряда психологических тестов и шкал (8-цветового теста Люшера, теста цветовых отношений, шкалы тревоги Шихана и др.) Отобранные музыкальные паттерны обрабатываются с помощью компьютерных средств мультимедиа в направлении максимального воздействия как на особенности личности, так и на невротические симптомы. Из обработанных музыкальных отрывков формируется музыкотерапевтическая композиция, продолжительностью 30-45 минут, которая прослушивается пациентом во время сеансов МПТ. Психологическое тестирование проводится минимум два раза – до начала лечения и после него. Это позволяет “измерить” эффективность вмешательства не только на симптоматическом, но и на более глубоком, личностном уровне.

В пятых, созданные с помощью нашей методики МТ композиции можно использовать в процессе различных направлений психотерапии. При этом не важно, каких конкретно подходов, моделей, направлений и видов психотерапии придерживается терапевт, поскольку это зависит лишь от его личных пристрастий и диапазона практических навыков и создает условия для более успешного осуществления сеанса МПТ.

Наконец, необходимо отметить, что для практического применения этой методики не обязательно (хотя и желательно) быть профессиональным музыкантом. Использование современных компьютерных технологий позволяет не только создавать полноценные МТ композиции из уже имеющегося электронного банка музыкальных паттернов, но и создавать новые музыкальные паттерны с каждым пациентом.

Компьютерные средства мультимедиа представляют собой, с одной стороны, различные звуковые устройства (звуковые карты, MIDI-клавиатуры, CD-ROM), которыми оснащается компьютер. С другой стороны – это компьютерные программы, поддерживающие работу этих устройств, и программы для редактирования звуковых параметров (звуковые редакторы). Использование средств мультимедиа практически позволяет создать на базе обычного индивидуального компьютера полноценную студию звукозаписи для производства МТ композиций.

Если врач или ко-терапевт владеют нотной грамотой или навыками игры на каком-либо музыкальном инструменте, то они, при необходимости, легко могут расширить палитру паттернов. Это можно сделать либо записью нотного материала с помощью

«мыши» на нотный стан музыкального редактора, либо «живым» исполнением на MIDI-клавиатуре с использованием функции «запись».

С помощью музыкальных редакторов производят согласование музыкальных фрагментов по ладотоническому признаку, темпу, размеру тональности и продолжительности звучания. С помощью цифрового виртуального микшера из музыкальных отрывков формируются МТ композиции, представляющие собой высококачественные многодорожечные записи. МТ композиция записывается на материальный носитель (аудиокассета или CD) и выдается пациенту для проведения курса поддерживающей терапии в домашних условиях.

Поскольку созданная композиция в оцифрован-

ном виде хранится на жёстком диске компьютера, то в случае возникновения рецидива врач “обновляет” её, путём подбора тех паттернов, которые ассоциируются с ранее не учтёнными стимулами, провоцирующими возникновение невротического синдрома, и введения этих паттернов в структуру МТ композиции.

Следовательно, предлагаемые техника, технология, приемы и методика музыкопсихотерапии отличаются новизной подхода, возможностью многочисленных музыкальных композиций и решений, индивидуальностью и субъективностью подхода и достаточно высокой терапевтической эффективностью, а также обладает набором признаков, характеризующих интегративный подход.

“ВСЕЛЕННАЯ ТРСГ”

Н.Н.Курильченко

г. Сургут

Всем практикующим современным психотерапевтам сегодня понятно, что заболевание ребенка лишь вершина айсберга, результат жизнедеятельности всей семьи с ее традициями, укладом, историей развития.

Вылечить ребенка – это значит, изменить уклад семьи, отношения внутри нее, ее ценности, оздоровить механизмы “больного”, стереотипного реагирования личности на жизнь; помочь взрослому в его личностном росте, в достижении и сохранении ресурсных состояний, помочь выйти из аффективных расстройств и личностных кризисов.

Работа проводится в **терапевтически - гибких резонансных семейных группах (ТРСГ)**. Программа называется “Вселенная ТРСГ”.

ТРСГ включают в себя клиентов с разными формами развития кризисного симптома, родившегося в семье, а также членов семей, **привлекающихся и приходящих в группу, в специальное время**.

Мы предлагаем называть данные группы “ТРСГ” альтернативно открытыми группами, т.к. процесс открытости в них не классический, а организованный специальным образом, как гибко принимающий любого входящего и выходящего в течение всей терапии, в соответствии с необходимостью любого члена группы.

Групповой процесс базируется на классических принципах терапевтической психодинамики и групповой динамики. Одновременно, используется **теория гормональных биологических ритмов (Э.Росси) и их влияния на продуктивный психофизиологический статус личности**. Также, данные группы проводятся в **мультиmodalной модели психотерапии**; и групповая динамика, и динамика терапевтического процесса личности строятся **на новой многоуровневой нейрологической рефлексии, разработанной нами**.

В целом, терапевтический процесс в группе можно представить в таблице.

Развитие личности происходит от первой к пятой стадии, можно проследить, как в процессе групповой динамики работает феномен “вселенной группы” (атмосфера одухотворения, включенности всех во всякого и всякого во всех, в социальном смысле это может быть названо “сплоченностью”; в ТРСГ – это особый дух, состояние многомерности терапевтического пространства), где и происходит динамика индивидуальных терапевтических изменений участников группы.

Мы видим процесс групповой динамики в ТРСГ монотонным, истинно терапевтическим за счет особенностей, разработанных нами в течение нескольких лет.

Членами ТРСГ могут быть любые семьи или отдельные члены семей, но не более 12 человек в группе. Группа может быть на разных этапах разновозрастной (взрослые и дети), но количество семей, участвующих в ТРСГ, остается постоянным (не более четырех). Формирование группы происходит средствами заключения контракта со всей семьей на участие в группе (продолжительностью до трех месяцев) в любой момент существования группы. Каждый из членов семьи может решить нахождение в группе с самого начала, либо может отсрочить вход в ТРСГ и привлечься в группу в тот момент, когда это станет остро необходимо для любого члена семьи, уже работающего в терапии, и, одновременно, выйти из группы тогда, когда ему это необходимо. ТРСГ позволяет быть свободным в выборе процесса, поддерживает возможность и ощущать, и давать поддержку в процессе разрешения кризисов, становиться психотерапевтами друг для друга. Это, в свою очередь, позволяет состояться индивидуальной пси-

стадии	Название стадии	Процесс	Общее значение	Контекст самосознания	Патореагирования и прогрессивное чувствование	Роль вошедшего в группу	
1	адаптация в группе	ввод в группу	ассимиляция, критика происходящего	Я (это) не ОНИ	противостояние, противопоставление себя «вселенной группы», фрустрация, страх отвержения, сопротивление, актуализация страхов и др. проблемы	наблюдатель, атоничный (вязкий) участник	личностный
2	погружение в терапевтические смыслы	организация «вселенной» группы	принятие нового окружения	1. Я - ОНИ 2. Я - Мы	сопротивление, страх зависимости, активизация критичности, страх самостоятельности, активация рефлексии, страх негативной оценки, страх смерти	пассивный участник, эпизодический участник, нормотоничный	
3	идентификация (самоощущение)	самораскрытие	сопричастность	Я - МЫ Я - ТЫ Я - Я	слияние с «вселенной группы», утилизация фрустрации, разрешение кризисов, инсайтирование	активный участник	ропсист
4	подстройка к будущему	закрепление, интеграция, осмысление	примеривание терапевтического опыта к жизни вне группы	Я - ВСЕ Мы! Я - Я	усиление рефлексии, удовлетворенность, сшибка стереотипов, интеграция конфликтных субличностей, инсайты	активный участник	
5	адаптация к жизни вне группы	вывод из группы	сепарация	Я - Я	приобретение самобытности, эмоциональной силы, ресурсов, обретение верования	активный, эпизодический участник	

хотерапевтической динамике каждого члена группы в своем темпе, в своей дозе, необходимой в данный момент данному члену семьи, которую он готов в данный период времени получить и принять. Так утверждается принцип свободы в группе, который и создает групповую “вселенную”.

Резонансность в наших группах основана на совместном переживании изменений значимыми лицами в семье. Возникающее напряжение (кризис) в семьях распространяется как минимум на диадную пару. Присутствие в терапии, вновь появляющегося в группе значимого лица из диады, обостряет обоядные чувствования кризиса, конфликта, душевной боли, формируя резонансную систему эмоциональных переживаний. Резонирование запускает механизм активного включения в партнера, эмпатию, рефлексию, и, в конце концов, обеспечивается реагирование “сопереживания”, “события” во “вселенной” группы.

Примером мультимодальности терапевтической работы в группе ТРСГ может служить техника “Фиолетовый котенок”, которую мы назвали по односмысленной сказке из сборника Д.Соколова.

Эта техника включает релаксацию, трансовое чтение и слушание сказки, арт-терапевтические техники (медитативное рисование, совместная изобразительная работа в тройках, составление групповой

композиции, данстерапию), психодраматическую виньетку.

Кодом этой техники является совместный танец всей группы “Фиолетовый котенок” под музыку Криса Сфериса.

Многоуровневая рефлексия в ТРСГ проводится не только традиционным способом индивидуального вербального анализа, а так же средствами специальных заданий членам группы: парных обсуждений, обсуждений в малых группах – тройках, составление метафорического представления собственных открытий во время проживания групповой терапии, средствами телесного реагирования. Это упражнения по поводу чувств, родившихся во время работы (если можно называть терапевтическое действие во “Вселенной группы” “упражнениями”).

Рефлексия проводится и через поэтические строчки, пропевание, звучащих теперь в вас, песен. Может быть, это просто мелодия, возникающая как озарение, и она подбирается на фортепиано или любом другом инструменте, просто звуки, которые рвутся из души вместо чувств.

Рефлексия становится мощным самостоятельным терапевтическим средством, позволяющим интегрировать инсайт, присваивать его, как часть новой (или восстановленной) ресурсной возможности души личности.

Существует и, так называемая, молчаливая рефлексия. Человек, присутствующий в наших группах, предельно свободен, важно найти новые или обновленные чувства и состояния, и зафиксировать их в себе, совсем не обязательно об этом сообщать всей группе.

Многоуровневая рефлексия в ТРСГ делает процесс особо одухотворенным и вскрывающим креативность в семьях.

“Писать о психотерапии - очень опасное заня-

тие...”, и мы, конечно же, рискуем, т.к. понимаем, что то, “...что легко скатиться к констатации того, что “лошади едят овес”. Вот ... такие у нас “лошади”, и такой они “едят овес”!

И, наевшись, они поют, например, такие песни: “...Проживая воспоминания о родном, близком, я поняла и приняла, что эти воспоминания - моя сила, они расширяют мой круг совершенства, делают его прочнее и прекрасней. Я так рада, что живу. Я благодарна Богу за то, что я есть!”

ПСИХИАТРИЯ

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Б.А.Казаковцев

г. Москва

Основой для деятельности органов исполнительной власти в субъектах Российской Федерации на предстоящее десятилетие Правительство Российской Федерации считает территориальные планы реализации, принятой 4 года назад, Концепции развития здравоохранения и медицинской науки.

В предстоящие два года планируется привести структуру органов управления здравоохранением в соответствие с целями и задачами развития отрасли, предусмотрев создание, наряду с имеющимися, подразделений стратегического планирования и прогнозирования, медицинской профилактики, стандартизации в здравоохранении, инноваций и инвестиций.

В 2002 году Минздраву России предстоит разработать и утвердить Концепцию совершенствования законодательства в области здравоохранения и перспективный план разработки законопроектов.

В 2002 году планируется также разработать и утвердить государственную программу управления качеством медицинской помощи.

В связи с тем, что действующая в стране система оплаты труда медицинских работников, основанная на единой тарифной сетке, по известным причинам, вызывает значительную неукомплектованность кадров, а в ряде территорий - особенно среднего и младшего медицинского персонала, в 2002 году предполагается разработать и внести на утверждение в Правительство новый порядок нормирования и оплаты труда, основанный на почасовой, повременной и контрактной формах.

В период 2001-2005 годов должна быть выполнена работа по внедрению клинических протоколов ведения пациентов и технологий выполнения медицинских услуг.

В целях профилактики заболеваний в ближайшие два года требуется сформировать систему гигиенического просвещения населения, начиная с раннего детского возраста и заканчивая пожилыми людьми.

Планируется принять Государственную доктри-

ну кадровой политики в здравоохранении с учетом необходимости внесения существенных корректировок в формирование государственного заказа на подготовку и переподготовку специалистов, основанную на реальных потребностях и гарантийных обязательствах трудоустройства выпускников в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

В ближайшее время в Правительство для утверждения будет внесен проект постановления “О государственной системе обеспечения населения лекарственными средствами”, принятие которого окажет существенную помощь экономически депрессивным территориям в обеспечении медикаментами малоимущего населения. В данной связи, в субъектах Федерации необходимо завершить внедрение системы персонифицированного учета и отпуска лекарств на льготной основе.

С указанными общими установками Правительства и Минздрава России полностью совпадают те усилия, которые организаторы психиатрической помощи предпринимали в прошедшее десятилетие в области прогнозирования и программирования развития службы.

При всем этом, мы, все еще, далеки от сколько-нибудь значительного разрешения стоящих перед нами проблем в части кадрового и технического обеспечения сети учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, их финансирования, и, самое главное, от прямо зависящего от перечисленных условий существования службы решения проблемы психосоциальной и профессиональной реабилитации психиатрических пациентов.

По только что полученным и еще не полным данным о выполнении субъектами Федерации рекомендаций Европейского Комитета по предупреждению пыток и негуманного обращения с лицами, находящимися в местах лишения свободы или госпитализированными в психиатрические больницы, ситуация в России сегодня следующая.

По кадровому составу психиатрической службы.

Вопреки бытующему мнению, следует говорить не о перепроизводстве врачей-психиатров, а об их пока численном преобладании над такими специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи, как клинические психологи, специалисты по социальной работе, психотерапевты. В некоторых субъектах Российской Федерации нормативы по должностям врачей-психиатров выполняются лишь на 50-60 процентов. Несколько лучше положение по занимаемым должностям среднего и младшего медицинского персонала. Можно сказать, что нормативы здесь выполняются на 70-80 процентов. По должностям медицинских психологов норматив выдерживается на 20-30 процентов. Норматив должностей специалистов по социальной работе и социальных работников выполняется, соответственно, на 5-10 процентов. Еще хуже положение по занимаемым должностям врачей-психотерапевтов, работающим, с так называемыми, психотическими пациентами.

Стимулом для выравнивания числа врачей-психиатров и других специалистов является внедрение, так называемых, бригадных технологий в практику оказания психиатрической помощи.

По состоянию материально-технической базы психиатрической службы.

Имеет место явное преобладание стационарных видов помощи над, так называемыми, стационарно-занятыми технологиями: дневными стационарами, общежитиями, лечебно-трудовыми мастерскими, стационарами на дому, реабилитационными центрами, клубами пациентов и др.

Выход из данной ситуации – в проектировании и создании в территории адекватной сети психиатрической службы за счет разукрупнения стационаров с численностью коек более 600, путем нового строительства стационаров на 100-500 коек, приближенных к населению, а также строительства указанных внебольничных учреждений и подразделений. Важной предпосылкой для подобного реконструирования стационарной и внебольничной сети является существующая система психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов при ЦРБ, которые должны быть инициаторами организации этих новых внестационарных форм помощи.

Перечисленные меры, в свою очередь, являются основным механизмом процесса улучшения содержания пациентов в стационарных условиях за счет увеличения, так называемой, палатной площади, выделения дополнительных площадей для проведения психотерапии, терапии занятостью, терапии средой, включающей в себя музыкальную и танцевально-двигательную терапию, терапию самовыражением, трудовую терапию. Необходимо выделение площадей внутри освободившихся помещений больниц для создания условий для проведения с пациентами физических упражнений. Положительные сдвиги в дан-

ном направлении намечаются, примерно, в трети территорий.

По финансированию психиатрической службы.

После периода значительного спада (1994-1998), когда, по так называемым, “защищенным” статьям бюджета (отопление, питание, медикаменты) финансирование составляло 30-40 процентов, в настоящее время можно говорить о некотором подъеме (до 60-80 процентов) соответствующего постатейного финансирования службы, за счет привлечения бюджетных и внебюджетных средств. Проблема – в поиске и реализации источников финансирования на новое строительство, реконструкцию, капитальный и текущий ремонт учреждений. Единственно реальный и эффективный механизм решения данной проблемы – реализация территориальных программ развития психиатрической помощи. Такие программы действуют в настоящее время также, примерно, в трети территорий.

Проблема психосоциальной и профессиональной реабилитации психиатрических пациентов.

В ряде территорий удалось сохранить лечебно-трудовые мастерские, а в некоторых территориях начинается процесс их возрождения, за счет включения в структуру учреждений бюджетного и внебюджетного (смешанного) финансирования. Проблема в разработке и внедрении психотерапевтических, психологических и социальных форм работы в реабилитационный процесс. Здесь нам необходимо использовать зарубежный опыт в работе с группой пациентов. В частности, важно как можно больше заниматься терапией средой, когда в терапевтическую группу, по существу, входят не только все пациенты отделения в стационаре, но также медицинский и немедицинский персонал. Во внебольничных условиях групповая работа с пациентами должна проводиться с участием членов общества родственников и друзей больных. Островки подобной деятельности психиатров и психотерапевтов появились в последние годы в Орле, Петербурге, Оренбурге, Великом Новгороде, Вологде, Тамбове, Москве.

Главное, на что нам можно и нужно опираться в нашей реформе психиатрической помощи, это давно установленвшееся равновесие по численности специалистов между стационарной и внебольничной сетью. Многие наши зарубежные коллеги считают это нашим большим достижением. Важно правильно и бережно использовать этот наш национальный приоритет.

Можно много говорить в данной связи об общей активизации государственного сектора в области психиатрии в мире, и не только в экономически развитых, но и в развивающихся странах, но мне бы хотелось остановиться на двух аспектах психосоциальной реабилитации, которые должны получить развитие в нашей стране в самые ближайшие годы.

Трудно определить, какой из этих аспектов наи-

более важен: первый – развитие уже зародившихся форм и методов психосоциальной реабилитации в процессе непосредственной работы с пациентами или второй, заключающийся в более широком воздействии психиатров и психотерапевтов на всю медицинскую общественность и общество, в целом, не только в плане пропаганды идей гуманизации, так называемой, ментальной медицины, но, прежде всего, путем осуществления ее активной интеграции с другими медицинскими и немедицинскими специальностями.

Можно уже сейчас, по опубликованным данным, отметить следующие направления развития процесса психосоциальной реабилитации.

Предлагается создание неоднородных по нозологическому составу групп пациентов и возможности использования для этого проблемной ситуации, либо, наоборот, клинически однородных, с использованием полипрофессионального подхода к их ведению, психологической коррекции их поведения.

Разрабатываются современные подходы к оценке возможностей вовлечения больных, наблюдаемых психоневрологическим диспансером, в процесс психосоциальной реабилитации. Подчеркивается, что почти все инвалиды II группы, вследствие шизофrenии, могут быть, так или иначе, вовлечены в трудовую терапию или терапию занятостью.

Реабилитационный процесс в стационарах специализированного типа для принудительного лечения больных включает в себя дифференцированную трудовую терапию, коррекционно-воспитательные мероприятия с участием психолога, социального педагога, социального работника и других специалистов, с использованием принципов добровольности участия пациента в этих мероприятиях и его своеуважительное к нему отношение и др. При этом, по определенной программе проводятся психотерапевтические тренинги врачей, психологов, социальных работников и среднего медицинского персонала. Под руководством врача средние медицинские работники успешно участвуют в проведении эрготерапии и поведенческой терапии.

Реабилитационная среда рассматривается как совокупность факторов: медицинских, трудовых, образовательных, воспитательных, психотерапевтических, средовых, семейных и др., объединенных единой для данного учреждения программой. При высоком реабилитационном потенциале у членов группы осуществление реабилитационной программы возможно в амбулаторных условиях, при низком – в стационарах или в общинах пациентов, когда речь, например, идет о пациентах с психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ.

Для дневных стационаров наиболее адекватно включение пациентов в ежедневные групповые занятия с использованием музыкальной терапии, арт-терапии, театр-терапии, танцевально-двигательной терапии, куклотерапии с привлечением профессиональных преподавателей, художников, актеров, ре-

жиссеров и др.

Важным, как уже было сказано, разделом работы в области психосоциальной реабилитации пациентов и их семей является широкое ознакомление общественности с их проблемами и проблемами организации психиатрической и психотерапевтической помощи.

В этом отношении требует дальнейшего развития имевший место в советский период опыт санитарного, а теперь, гигиенического просвещения в области психиатрии, который сегодня, может быть, существенно дополнен за счет наметившейся тенденции к гуманизации психиатрической помощи.

В данной связи представляет интерес проанализировать формы работы психиатров и психотерапевтов по пропаганде своей деятельности при проведении, объявленного ВОЗ, Всемирного дня психического здоровья.

По данным, поступившим от руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, можно судить о разнообразии подходов к содержанию этой работы.

Наряду с такими традиционными мероприятиями, рассчитанными на профессиональную аудиторию, как совместные конференции кафедр психиатрии и психотерапии, филиалов Российского общества психиатров и главных психиатров органов управления здравоохранением, а также выступлениями специалистов в местной печати и общемедицинских периодических изданиях, по радио и по телевидению, широко используются пресс-конференции и круглые столы, а также издание для населения популярной литературы и буклетов по вопросам психического здоровья на актуальные темы диагностики и лечения наиболее распространенных психических расстройств, о методах реабилитации при них.

Достаточно широко, совместно с территориальными центрами медицинской профилактики и профсоюзными организациями используются также такие меры, как выступления психиатров и психотерапевтов, педагогов и специалистов по социальной работе перед населением, особенно, перед детской, подростковой и студенческой аудиторией, преподавателями общеобразовательных школ, колледжей и вузов, посвященные вопросам психогигиены, психо-профилактики, психологического и психиатрического образования, вопросам профилактики употребления психоактивных веществ, пропаганда здорового образа жизни, физической культуры и спорта с показом в кинотеатрах и по телевидению фильмов на тему о наркомании, в ряде случаев, с организацией в Интернете информации о ведущих учреждениях, оказывающих психиатрическую, психотерапевтическую и наркологическую помощь.

Достаточно широко используется распространение материалов ВОЗ, посвященных Дню психического здоровья, среди руководителей и аппарата органов исполнительной власти, в том числе, органов управления здравоохранением и социальной защиты населения, в обществах потребителей психиатрической помощи, с проведением обучающих семи-

наров и тематических конференций для врачей общей практики, главных и старших медицинских сестер учреждений не только психиатрического профиля, но и многопрофильных.

Следует отметить активную работу психиатров и психотерапевтов с пациентами и их семьями на период проведения Дня психического здоровья, в ряде случаев – в клубах пациентов и клубах пожилых людей в виде организации и проведения выставок творчества больных, проведения с ними тематических семинаров с использованием средств наглядной агитации по профилактике психических расстройств. Особого внимания заслуживают выступления театральных студий и коллективов художественной самодеятельности с участием пациентов, проведение благотворительных концертов и театральных спектаклей, посещения пациентами выставок, проведение для населения дней открытых дверей и бесплатной психотерапевтической помощи в психиатрических учреждениях, проведение акций “Здоровая семья”, “Женская инициатива” и др.

Заслуживают внимания такие инициативы психиатрической общественности, как оповещение населения о проводимых консультациях по системе “Телефон доверия” или “Почта доверия”.

Сравнительно реже проводятся заранее объявленные мероприятия по оказанию материальной помощи больным и инвалидам, проверке с участием общественных организаций работы психиатрических стационаров, проведению психологических консультаций с лицами, пострадавшими от террористических актов, участниками боевых действий и др.

Наконец, в ряде территорий проводятся выставки и смотры-конкурсы публикаций и средств наглядной агитации, посвященных Дню психического здоровья.

С учетом изложенного, остановимся на том, что нам, организаторам психиатрической и психотерапевтической служб, необходимо предпринять на ближайшие годы, в соответствии с общими задачами, стоящими перед здравоохранением в плане реализации правительенной Концепции развития здравоохранения и медицинской науки.

Во-первых, все субъекты Российской Федерации должны принять территориальные целевые программы развития психиатрической помощи, в которые должны быть включены вопросы реструктуризации сети учреждений и самих учреждений, в соответствии с рекомендациями Минздрава России 1997 и 1999 г.г.

Во-вторых, необходимо предпринять срочные меры по укомплектованию штатов учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, в соответствии с приказом Минздрава России от 13.02.95 № 27. Некоторые положительные сдвиги в этом направлении связаны с тем, что Правительством России и большинством территориальных органов исполнительной власти уже повышена оплата труда

работникам здравоохранения. Только за один последний год число занятых должностей врачей-психотерапевтов увеличилось в стране с 3248 до 3375, т.е. на 3,8 процента. Число занятых должностей медицинских психологов во внебольничном звене психиатрической помощи увеличилось с 720 до 915, т.е. на 21,3 процента, в психиатрических стационарах - с 791 до 1052, т.е. на 24,8 процента, в многопрофильных учреждениях с 1382 до 1876, т.е. на 26,3 процента.

Число занятых должностей специалистов по социальной работе за этот же период увеличилось со 144 до 221 во внебольничных подразделениях психиатрических учреждений, или на 35,8 процента, с 89 до 133 в психиатрических стационарах, или на 33,1 процента, и с 252 до 445 или на 43,4 процента - в многопрофильных учреждениях. Число занятых должностей социальных работников в психиатрических учреждениях увеличилось, соответственно, с 334 до 378 (на 11,6 процента) и с 271 до 374 (на 27,6 процента), в то время как в многопрофильных учреждениях отмечается уменьшение этого показателя, что, вероятно, может быть обусловлено менее выгодными условиями оплаты труда.

В-третьих, исходя из тенденции к улучшению кадрового состава обеих служб, нашим НИИ психиатрии следует активнее проводить разработки по организации деятельности полипрофессиональных бригад и использованию новых методов психосоциальной реабилитации пациентов, в первую очередь, находящихся на стационарном лечении, в дневных стационарах и в группе диспансерного наблюдения. Необходимы методические рекомендации и пособия для врачей по использованию протоколов ведения пациентов и методов оценки эффективности лечения.

В срочном порядке необходимо разработать программу непрерывной подготовки врачей-психиатров с использованием адаптированного варианта МКБ-10. За образец могут быть взяты уже действующие программы по психотерапии, клинической психологии и социальной работе. Необходимо пользоваться при этом той активностью, которую проявляет в последние годы по кадровой перестройке Департамент образовательных медицинских учреждений и кадровой политики Минздрава России. Достаточно обратиться хотя бы к последнему решению коллегии Министерства от 6 марта 2001 г. № 5 “О мерах по совершенствованию подготовки специалистов здравоохранения в сферах послевузовского образования и обеспечению их занятости”.

Как можно было видеть из представленных данных, психиатрия в России находится в стадии активного развития. Это позволяет надеяться на то, что, пережив все трудности роста, мы уже в обозримом будущем станем свидетелями ее более весомых достижений.

К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ УРАЛЬСКИХ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЙ И У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

В.В.Колмогорова, В.А.Буйков

г. Челябинск

Одной из понятных тревог людей, контактирующих с излучением или проживающих в зоне радиационных аварий, является тревога за свое здоровье, здоровье своих детей и судьбу последующих поколений. Эта тревога обусловлена как непосредственным влиянием радиации на самого человека, так и уверенностью пациентов в том, что у них существуют заболевания, связанные в той или иной степени с радиационной аварией. Хотя, имеются существенные различия в характере этих катастроф, однако формирование психических расстройств имеет и свои общие закономерности.

Психические болезненные состояния у ликвидаторов радиационной аварии на Чернобыльской АЭС и у лиц, проживающих в зоне Уральских радиационных аварий обусловлены, целым рядом этиопатологических факторов, где чрезвычайно трудно выделить основные, главные.

Следует, прежде всего, отметить, что выявленные при этом заболевания обусловлены воздействием различных по интенсивности и продолжительности комбинированных факторов – радиационных, психогенных, социально-стрессовых, соматогенных и экзогенно-органических. Необходимо также учитывать и наследственность, социальные и биологические факторы, которые, определенным образом, влияют на картину психических болезненных состояний у исследованных больных. Нами у всех обследованных пациентов (62 человека, среди них 42 мужчин и 20 женщин в возрасте от 45 до 55 лет) обнаруживалась своеобразный порочный круг: стрессогенные влияния сложной окружающей обстановки во время работ по ликвидации (в различные периоды) аварии Чернобыльской атомной станции и у лиц, проживавших в зоне радиационных Уральских аварий, которые “запускали” психосоматическую патологию, которая, в свою очередь, поддерживала на высоком уровне затяжные социально-стрессовые состояния в виде невротических расстройств, стойких ипохондрических, депрессивных проявлений и др., которые воздействовали дезадаптивным образом на больных, существенно сужая их социальные, коммуникативные и трудовые способности.

Нами, также, практически у всех обследованных больных, отмечено разнообразие симптоматики неврно-психических нарушений органического регистра - от простых астенических реакций до сформированного психоорганического синдрома с выраженным аффективными и патохарактерологическими нарушениями. “Сквозным” синдромом во всех наблюдениях являлся астенический, который обнаруживался (наряду с другими, различной степени выраженности, клиническими психопатологическими

и психосоматическими проявлениями), как на ранних этапах стрессогенно-обусловленных невротических состояний, так и на поздних этапах становления психоорганических синдромов астенического и астено-апатического вариантов. Следует особо отметить, что полиморфизм психопатологических проявлений, в большинстве случаев, не достигающих клинически выраженных картин, сочетается с иммунологическими дисфункциями, ипохондрической личностной перестройкой больных, формированием тревожных и тревожно-мнительных состояний. Все это, с нашей точки зрения, и является основой формирования сложных, тесно переплетающихся соматопсихических и психосоматических расстройств (“порочный круг”), где ведущими являются алгические проявления, упорные инсомнии, стойкие вегетососудистые расстройства, субдепрессивные или депрессивные аффективные состояния. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, психические нарушения первого периода болезненных расстройств (констатируются ретроспективно по анамнестическим сведениям и по данным первых архивных историй болезни пациентов) можно было характеризовать как начальные проявления формирующихся посттравматических стрессовых расстройств. В этом периоде, чаще всего, наблюдались непатологические (“предболезненные”, “доклинические”) нарушения. На момент курации обследованных больных разброс в диагностическом плане был значительным. Так, соматизированные расстройства (F 45.2) диагностировались у 15 пациентов, ипохондрические расстройства (F 45.2) – у 11 больных, соматоформные вегетативные дисфункции (F 45.3) – у 7 больных, хронические соматоформные болевые расстройства (F 45.4) – у 7 больных, органические расстройства личности (F 07.0) – у 12 пациентов.

Однако, как было сказано выше, полиморфная симптоматика, структурирующая психопатологические симптомокомплексы у обследованных нами больных не позволяла, подчас, адекватно оценивать клиническое состояние больных, исходя из требований МКБ-10. Возможно, понятие “психофизиологические болезни” (синоним термина “психосоматические болезни”), исключенные из DSM-III, DSM-III-R и МКБ-10, было бы более приемлемым и отвечающим клиническим реалиям, способствуя объективизации психического состояния наших больных и облегчая лечебные коррекционные подходы к ним. В этом отношении выявляемая у обследованных больных астено-апатическая, астеноипохондрическая, астено-депрессивная, неврозоподобная, психопатоподобная и др. симптоматика косвенно подтверждает наше мнение. Все это, естественно, требует дальнейшего

научного изучения решения проблемы классификации психических болезней.

Следует особо остановиться и на том, что у большей части больных, обнаруживающих психоорганическую симптоматику, на определенных этапах болезненного состояния возникало клинически подтверждаемое мнение о наличии у них церебрального атеросклероза. Этот вопрос требует дальнейшего изучения с применением патопсихологических и инструментальных методов исследования.

Анализируя клинику обследованных больных, с нашей точки зрения, уместным было бы здесь выделение трех групп психосоматических расстройств: конверсионные симптомы, функциональные синдромы (органные неврозы) и, собственно, психосоматические заболевания (психосоматозы). К психосоматозам нами относились выявленные у курированных больных соматические болезни, роль психического фактора (социально-стрессового), в этиопатогенезе которых является главенствующей. Из числа, так называемой, "святой семерки" психосоматических заболеваний отмечались эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, нейродермиты.

Из числа функциональных психосоматических расстройств, практически, у всех 62 наших пациентов обнаруживались болевой синдром и инсомния, а у 12 из них и кожный зуд. Конверсионные проявления больше проявлялись в формах реагирования больных и в диссоциативных расстройствах движения и ощущений (14 пациентов).

Следует особо отметить, что у обследованных больных явные клинические признаки психосоматических заболеваний тесно сочетались и с перечисленными выше астеническими, психоорганическими, невротическими и иными расстройствами.

Таким образом, психические расстройства у ликвидаторов радиационной аварии и у лиц, проживающих в зоне радиационных Уральских аварий, характеризуются полиморфизмом, взаимным влиянием стрессогенных факторов и психосоматических заболеваний, а также нарастанием астенической и выраженной психоорганической симптоматики.

К ВОПРОСУ О РОЛИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

И.А.Петуров

г. Челябинск

Роль нарушений вегетативных процессов при соматоформных невротических расстройствах весьма значительна и многообразна.

Нарушения вегетативных процессов находят отражение как в патогенезе, так и в клинике соматоформных невротических расстройств, а также занимают место в промежуточном звене между психогенным воздействием и какой-либо соматической патологией.

А.М.Свядоц расстройства вегетативных процессов, относящихся к, так называемым, неврозам внутренних органов по механизму своего возникновения, разделял на следующие группы:

1) нарушения, возникающие как сопутствующие проявления общих нарушений нервной деятельности, вызванные психической травматизацией;

2) нарушения, вызванные патогенным действием слова, изменяющего деятельность того или иного внутреннего органа или той или иной вегетативной функции, по механизму внушения (например, при ятогениях) и самовнушения;

3) нарушения, вызываемые индифферентными до того раздражителями по механизму условного рефлекса.

В МКБ-10, в классификации психических и поведенческих расстройств, клинические проявления вегетативных расстройств находят то или иное отражение во многих рубриках, отдельно, хотелось бы выделить соматоформную вегетативную дисфункцию (F 45.3), где в качестве диагностических реко-

мендаций, выделяют следующие признаки:

1) симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, трепет, покраснение, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;

2) дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе;

3) озабоченность и огорчения по поводу возможного серьезного (но, часто, неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными;

4) отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы. В данной рубрике выделяют подрубрики, относящиеся к определенным органам или системам: сердце и сердечно-сосудистая система (F 45.30), верхний отдел желудочно-кишечного тракта (F 45.31), нижний отдел желудочно-кишечного тракта (F 45.32), дыхательная система (F 45.33), мочеполовая система (F 45.34) и др.

В.Я.Гиндикин выделяет в соматоформных расстройствах психовегетативный синдром, который проявляется психофизиологическими расстройствами с превалированием вегетативных нарушений в ответ на любое, в том числе, незначительное эмоциональное напряжение. Психогенез этих расстройств подчеркивает W.Thiele. В.Я.Гиндикин определяет 2 клинические разновидности психовегетативного синдрома: органную (изолированную), при которой на-

рушения локализуются в определенной системе органов, и общую, характеризующуюся многообразием и полиморфизмом симптоматики. Психовегетативный синдром в типичных случаях проявляется характерной триадой (L.Delius, E.Di Donato): нарушениями самочувствия, поведения и функции органов. К числу первых относят аффективную неустойчивость, раздражительность, подавленное настроение, гиперестезию, к числу вторых – особые привычки в удовлетворении потребностей (режим питания, сексуальное поведение), ряд астенических жалоб (невыносливость к нагрузкам, повышенная утомляемость, расстройство сна), а также такие явления как сверхчувствительность к колебаниям погоды, необычное восприятие боли, склонность к аллергическим реакциям. Третье звено триады – шум в ушах, моргание глаз, нарушения висцеральных систем органов.

А.Б.Смулевич среди органных неврозов выделил 2 типа: конверсионный и вегетативный. Причем, к отличительным признакам последнего (в отличие от первого) отнес:

- 1) аутохтонную манифестацию;
- 2) дублирование соматической патологии;
- 3) вовлечение в процесс одного органа или системы;
- 4) в течение болезни, как правило, не происходит смены органа или системы;

5) стойкость и длительность (более 3-х месяцев) обострений.

А.М.Вейн пишет: “В настоящее время накопилось, достаточно, фактического материала, позволяющего говорить об облигатности вегетативных нарушений при неврозах”. И представляет нарушения вегетативных процессов при невротических расстройствах, как перманентными, так и пароксизмальными, которые проявляются:

- 1) в кардиоваскулярной системе – кардиоритмическим, кардиалгическим, кардиосенестопатическим синдромами, а также артериальными гипертензией, гипотензией и амфотонией;
- 2) в респираторной системе – феноменами одышки, ложного удушья, затруднения дыхания;
- 3) в гастроинтестинальной системе - дискинетическими расстройствами и абдоминальными болями;
- 4) в системе терморегуляции – неинфекционным субфебрилитетом и (или) эпизодами фебрильной температуры и диффузным гипергидрозом;
- 5) геморрагическим синдромом (кровохарканье, экхимозы).

Таким образом, анализ современных литературных данных указывает на значительную роль вегетативных нарушений в невротических расстройствах, что также подкрепляется и выделением рубрики “соматоформная вегетативная дисфункция” в МКБ-10-го пересмотра.

ГИПОТАЛАМУС И НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ю.А.Россинский, М.Н.Валивач

г. Павлодар

Введение

Гипоталамус, небольшой участок головного мозга, является интегративным центром, координирующим вегетативные, гуморальные и моторные механизмы обеспечения психической деятельности, играет важную роль в системе, формирующей поведение, и оказывает многоплановое влияние на механизмы, лежащие в основе психической деятельности (Ф.Б.Березин, 1988). Ф.Блум с соавт. (1988), Х.Ремшmidt (1994), Ф.Райс (2000) отмечают, что гипоталамус является мозговым центром мотивационного и эмоционального контроля и регулирует такие функции, как ощущение голода и жажды, продукцию гормонов, менструальный цикл, беременность, лактацию и сексуальную активность, и поведение.

Экспериментальными исследованиями была доказана регуляция гипоталамусом важнейших функций в организме. Исследовалась регуляция сердечно-сосудистой системы (Sager, 1962; Hess, 1968, и

др.), регуляция кардиоваскулярной деятельности (Верзилова О.Н., Кондратьева Л.Н., 1966; Тонких А.В., 1968; Ведяев Ф.П., 1969; Цыбенко В.А., Черненко А.П., 1970; Данилов Г.Е., Стерхов В.И., 1971; Федорович Г.И., 1971; Hess, 1968). Влияние гипоталамуса на функцию дыхания исследовалось Громовой Е.А. с соавт. (1965), при этом отмечалось, что в регуляции дыхания принимают участие как нервные, так и гуморальные механизмы. Исследовалось влияние гипоталамуса на систему свертывания крови (И.В.Кубанцева, 1971). При воздействии на гипоталамус получены изменения температуры тела, т. е. показано, тем самым, участие его в процессах терморегуляции (Репин И.С., 1969). Влияние гипоталамуса на регуляцию уровня глюкозы в крови показал Milner (1970), пищевую мотивацию Anand (1963), К.В.Шулейкина (1969), Т.Н.Ониани с соавт. (1970), Анохин П.К., Судаков К.В. (1970). При воздействии на гипоталамус отмечались изменения моторики

желудка, гиперемия и изъязвление в кишечнике собак, изменение моторной деятельности толстого кишечника, секреции желудочно-кишечного тракта, отделения желудочного и панкреатического сока. Богач П.Г. (1970). Регуляция сна и бодрствования, состояние углеводного, белкового, азотистого обмена также находятся под контролем гипоталамуса. А.М.Вейн (1974), А.М.Вейн с соавт. (1981). В работах Scharrer, Scharrer (1954), Harris (1955), И.А.Эскина (1956), Flerko. с соавт. (1962), С.М.Лейтеса (1962), Sauers (1964), Halasz. с соавт. (1965), Гельгорн Э., Луффборроу (1966), А.Л.Поленова (1968), А.В.Тонких (1969), В.Г.Баранова с соавт. (1970), Б.В.Алешина с соавт. (1976), Smythe (1977) и др. четко показано, что деятельность эндокринных желез находится под контролем гипоталамуса. В одних случаях регуляция осуществляется посредством нервных связей, в других – через тропные гормоны гипофиза.

В этом отношении ни один орган не может составить ему конкуренцию. С одной стороны, именно здесь, находятся высшие “центры” эндокринной и обменной регуляции (через гипофиз и вегетативную нервную систему), с другой, гипоталамус оказывает множественные регулирующие влияния на расположенные ниже сегментарные отделы парасимпатической и симпатической нервных систем. Это, так сказать, влияния, “направленные вниз”, то есть, от гипоталамуса к периферии. С периферии, через аfferентные вегетативные структуры и через собственные хеморецепторы, оценивающие состав крови, гипоталамус получает сигналы обратной связи, на основе которых “принимаются решения” и корректируются управляющие влияния гипоталамуса.

Однако, кроме этого, гипоталамус является частью лимбико-ретикулярного комплекса (“эмоционального мозга”). Многочисленные данные, свидетельствуют о роли гипоталамических структур в системе формирования мотивационных и эмоциональных аспектов поведения (Hess, 1957; Gellhorn, 1967; Анохин, 1969 и др.). П.В.Симонов (1981), Л.Е.Панин (1983), Ф.Б.Березин (1988) отмечают особую роль гипоталамуса среди лимбических структур, в частности, контролирующих тревогу и страх. Гипоталамус, представляющий собой достаточно высокий уровень интегративной деятельности мозга, имеет столь важное значение в организации эмоционального поведения, что в нем, практически, нет зон, раздражение которых вызывало бы вегетативные эффекты без параллельного возникновения эмоциональных реакций (П.В.Симонов, 1981). Судаков (1981) объясняет особую роль гипоталамуса тем обстоятельством, что структуры других уровней мозга, включающиеся в эмоциональное возбуждение, находятся в морфологической и функциональной зависимости от эмоциогенных зон гипоталамуса. Вместе с ретикулярной формацией мезэнцефалона гипоталамус оказывает восходящие тонические и ингибирующие влияния на все вышерасположенные мозговые структуры, таким образом, участвуя в высшей нервной деятельности. Мезодиэнцефалическая ретикулярная

формация – это инструмент, которым пользуются надстроенные над ней более молодые образования лимбической системы, чтобы оказывать свое регулирующее действие.

Эндокринная и вегетативная функции гипоталамуса не находятся в отрыве от его функций, как части лимбико-ретикулярного комплекса. Благодаря гипоталамусу, обменные и вегетативные процессы постоянно находятся в состоянии наиболее адекватно соответствующем текущей и планируемой деятельности индивида. А.М.Вейн с соавт. (1981) отмечает, что гипоталамус является местом интеграции нейрогуморальных и нейрогормональных функций, в этой области не только переключаются нисходящие нервные влияния на гуморально-гормональные (т. е. через эту область происходит мобилизация вегетативных и гуморальных механизмов в ответ на сигнал из разнообразных рецепторов и отделов мозга), но и включаются неврогенные механизмы с целью устранения нарушений различных функций в организме. По выражению Dell и Bonvallet (1956), эта область организует условия для перевода потребности в соответствующую форму поведения.

Однако, являясь образованием, контролирующим исполнение всех базисных потребностей (например, пищевого и полового поведения, самосохранения и др.) и, в тоже время, обладая мощной возможностью влияния на все вышерасположенные мозговые структуры, гипоталамус оказывается тем “инструментом”, через который “тело” может диктовать свою волю большому мозгу. Зигмунд Фрейд сравнивает сознание с всадником, а первобытные инстинкты с лошадью. В этом контексте мы хотели бы сравнить гипоталамус с “седлом”, слаживающим трения между всадником и лошадью и обеспечивающим максимально возможный взаимный комфорт.

Столь длительное вступление потребовалось в связи с тем, что патология гипоталамуса, чаще всего, не регистрируется, так называемыми, “объективными методами” исследования и остается клиническим, то есть, зависимым от методологических установок врача, диагнозом (Вейн А.М. с соавт., 1981). В определении “гипоталамического синдрома” заложено существенное противоречие: относить к этому синдрому как органические, так и чисто функциональные нарушения работы этого органа, или же основным критерием синдрома является органическое повреждение или неполноценность гипоталамуса? А.М.Вейн с соавт. (1981) указывает, что “гипоталамическим синдромом следует обозначать симптомо-комплекс, обусловленный только преимущественным первичным поражением гипоталамуса. Участие гипоталамуса в возникновении клинических проявлений при других формах патологии (неврозы, височная эпилепсия, аллергия, генетические и другие заболевания) следует из этого синдрома выделить, так как в реализации их играет роль вся центральная нервная система и только, в частности, гипоталамус” (стр. 89). В другом месте этой же монографии сказано, что причиной гипоталамического синдрома могут быть “гормональная перестройка” и “психотрав-

мирующие ситуации” на фоне конституциональной неполноценности гипоталамуса, то есть, “в основе дисфункции лежит не всегда органическое поражение определенных ядерных структур, а их конституциональная или приобретенная медиаторная неполноценность” (А.М.Вейн с соавт., 1981, стр. 91). С другой стороны, даже при органическом поражении гипоталамуса, трудно представить чисто гипоталамические нарушения, в которых не принимала бы участия вся центральная нервная система. Выход из данного противоречия, на наш взгляд, в том, что гипоталамический синдром следует рассматривать как клинический симптомокомплекс в рамках различных нозологических форм.

Таким образом, гипоталамический синдром – это клинический симптомокомплекс, в который входит психовегетативный или эмоционально-вегетативный синдром в сочетании с эндокринно-обменными нарушениями и/или расстройствами влечений. В большинстве случаев, гипоталамический синдром является не следствием органического поражения гипоталамуса, а сбоем/нарушением его функций по причине расхождения между программой эндокринной регуляции в гипоталамусе и неспособностью периферических эндокринных желез функционировать, в соответствии с этой программой (блок программирования и блок контроля, согласно концепции Луррии (Блоки мозга, 2001), но не на корковом, а на подкорковом уровне). Например, при климаксе – яичники уже не способны соответствовать этой программе, а в пубертате может быть период, когда они еще не способны удовлетворять ее запросам. Ранее, мы уже рассматривали более подробно данное несоответствие (М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский, 2000).

Что касается нарушений адаптации, Березин (1971), исследуя психопатологию гипоталамических поражений, указывает, что, во-первых, при этих расстройствах нарушения физиологической адаптации (проявляющиеся, главным образом, вегетативно-гуморальными сдвигами) закономерно сочетаются с нарушениями психической адаптации (клинически выражаются пограничной психопатологической симптоматикой), которые выявляются более систематично, чем при других уровнях поражения лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса и, во-вторых, гипоталамические нарушения, естественно, моделируют различные варианты формирования психофизиологических соотношений, позволяющие исследовать особенности психофизиологической адаптации.

В рамках обсуждаемых ниже расстройств психической адаптации и возможного участия в них гипоталамуса, мы опираемся на следующие теоретически возможные варианты гипоталамических реакций:

1. Гипоталамус поврежден или неполноценен как орган, что имеет следствием комплекс эмоциональных, вегетативных, обменных и поведенческих нарушений;

2. Гипоталамические реакции связаны с тем, что периферические эндокринные железы не способны адекватно выполнять свои функции (например, яич-

ники при климаксе). Гиперактивация гипоталамуса реализуется эмоциональными и вегетативными нарушениями или психовегетативным синдромом;

3. Гипоталамические реакции связаны с тем, что периферические эндокринные железы не способны адекватно выполнять свои функции. Гиперактивация гипоталамуса реализуется эмоциональными и поведенческими нарушениями (например, депрессивные проявления при надпочечниковой недостаточности);

4. Гипоталамические реакции вызваны внешней ситуацией (например, неврозы). Гиперактивация гипоталамуса реализуется эмоциональными и вегетативными нарушениями, т.е. психовегетативным синдромом;

5. Гипоталамические реакции вызваны внешней ситуацией (например, неврозы). Гиперактивация гипоталамуса реализуется поведенческими нарушениями;

6. Возможно, прочие варианты.

7. Разнообразные сочетания перечисленных выше механизмов.

У подростков нарушения психической адаптации, сопровождающиеся или являющиеся следствием гипоталамического синдрома, теоретически, могут включать любой из перечисленных выше вариантов. Изменения в самом гипоталамусе в пубертате заключаются в том, что включились механизмы обратной связи, требующие синтеза половых гормонов гонадами. В этой системе еще не установилось равновесие, то есть, требования гипоталамуса и возможности периферических желез могут не совпадать, что может приводить к эмоционально-вегетативным (2-й механизм) и поведенческим нарушениям (3-й механизм). Включение новой гормональной системы приводит к перестройке всех гормональных отношений в организме и эта перестройка не всегда протекает гладко (что может проявляться по 2-му и 3-му механизмам).

Половое созревание включает ряд новых потребностей. В частности, пробуждается социально-биологический инстинкт играть новую независимую роль в социальных отношениях, занимать иную позицию в обществе. В обществе, члены которого выполняют сложные функции, требующие новых сложных навыков и опыта, эта потребность вступает в противоречие с реальными возможностями подростка. Такое противоречие может стать причиной эмоционально-вегетативных (4-й механизм) и эндокринных нарушений (5-й механизм).

По А.М.Вейну с соавт. (1981) “клиническими критериями гипоталамического синдрома являются: 1) очерченные, чаще полиморфные, нейроэндокринные симптомы в сочетании с вегетативными расстройствами (психовегетативный синдром); 2) мотивационные нарушения, расстройства влечений, такие, например, как булиния, жажды; 3) патологическая сонливость; 4) нарушение терморегуляции; 5) органическая неврологическая симптоматика, свидетельствующая о поражении соседних с гипоталамусом отделов головного мозга (среднего мозга, подкорковых структур)”. На практике, чаще всего, реги-

стриуется сочетание эмоционально-вегетативных расстройств с эндокринными нарушениями или расстройствами влечений. Однако, исходя из приведенных выше рассуждений, можно теоретически предполагать, что гипоталамический синдром может быть также представлен сочетанием эндокринных и поведенческих нарушений. Проверке этой гипотезы и посвящено данное исследование.

Материалы и методы

Исследованию подвергли 105 девочек подростков в возрасте 15-16 лет. При этом половина исследуемых принадлежала к казахской этнической группе, и половина к различным европейским этносам. Набор исследуемых внутри групп носил случайный характер.

Девочки подвергались подробному психологическому и соматическому обследованию, включая исследование гормонального статуса, что подробнее отражено в другой публикации (М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский, 2000). Нарушения психической адаптации устанавливались на основании опроса обследуемых, беседы с родителями и классным руководителем, а также психологического и психопатологического обследования психологом и врачом-психиатром, согласно критериям диагностики МКБ-10, классификации Г.Каплана и Б.Сэдока (1994), В.Я.-Семке (2000). Диагноз классического гипоталамического эмоционально-вегетативного синдрома основывался на сочетании психовегетативного синдрома с регистрируемыми клинически и лабораторно эндокринными отклонениями. Кроме этого, мы устанав-

ливали гипотетический диагноз – гипоталамического синдрома с расстройствами психической адаптации, когда поведенческие отклонения сочетались с эндокринными, независимо от наличия или отсутствия психовегетативного синдрома.

База данных накапливалась на экспертной системе медицинской диагностики “Консилиум” и подвергалась статистической обработке. С позиций медицинской статистики данное исследование относилось к кросс-секционным с обработкой материала по методологии “случай-контроль”, когда девочек, имеющих тот или иной изучаемый признак, относили к группе “случай”, а неимеющих – к группе “контроль”. Кроме этого, использовался корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение

Расстройства психической адаптации (РПА).

Расстройства психической адаптации, в той или иной мере, являются характерным свойством пубертата. Расстройства психической адаптации диагностировали по критериям ICD-10 и классификаций Г.Каплана и Б.Сэдока (1994), В.Я.Семке (2000). Для оценки выраженности нарушений психической адаптации мы использовали полукаличественный подход, когда баллы начислялись по количеству зарегистрированных признаков данного нарушения из стандартизированного перечня.

Данные по нарушениям психической адаптации, где обязательно регистрировались более или менее выраженные нарушения настроения приведены в таблице 1.

Таблица № 1. Сравнение девочек, имеющих клинические проявления РПА с нарушениями настроения, (1-я группа, n = 10) с остальными девочками (2-я группа, n = 95)

Наименование	1 Группа	2 Группа	P	r	P
Выраженность РПА с нарушениями настроения	10.1 ± 0.9	1.16 ± 0.19	<0.01	0.85	<0.01
Выраженность РПА с тревожными проявлениями	7.91 ± 1.08	3.28 ± 0.35	<0.01	0.51	<0.01
Выраженность РПА с поведенческими нарушениями	10.19 ± 2.12	1.92 ± 0.35	<0.01	0.56	<0.01
Нарушает дисциплину в школе, вне школы	38.1 ± 10.9%	6.3 ± 3%	<0.01	0.39	<0.01
Прогулы занятий, драки со сверстниками, вандализм	28.6 ± 10.1%	6.3 ± 3%	<0.01	0.30	<0.01
Стала дезорганизована	42.9 ± 11.1%	3.1 ± 2.2%	<0.01	0.51	<0.01
Стала курить	42.9 ± 11.1%	15.6 ± 4.6%	<0.01	0.28	<0.01
Выраженность РПА с нарушениями обучения	8.91 ± 1.83	3.42 ± 0.56	<0.01	0.39	<0.01
Выраженность РПА с соматическими проявлениями	13.67±1.99	6.51±0.76	<0.01	0.412	<0.01
Нарушения, возможно связанные с дефицитом витамина D	19 ± 8.8%	1.6 ± 1.6%	<0.01	0.321	<0.01
Нарушения, возможно связанные с дефицитом пантотеновой кислоты	57.1 ± 11.1%	28.1 ± 5.7%	<0.05	0.26	<0.05
Возможна малъабсорбция	52.4 ± 11.2%	20.3 ± 5.1%	<0.01	0.31	<0.01
Надпочечниковая гиперандрогенемия при гиперкортицизме	9.5 ± 6.6%	0 ± 0%	<0.05	0.27	<0.05

Из таблицы 1 видно, что нарушения настроения не выступают изолированно, а сочетаются с другими проявлениями нарушений психической адаптации (с тревожными, поведенческими и соматическими нарушениями, а также с нарушением обучения). В контексте интересов настоящего исследования, была

интересна связь с дисфункцией надпочечников (гиперандрогенемия при гиперкортицизме), а также с признаками дефицита витаминов и синдрома нарушенного всасывания.

В таблице 2 представлены данные РПА с тревожными нарушениями.

Таблица № 2. Сравнение девочек, имеющих клинические проявления РПА с тревожными нарушениями (1 группа, n = 31), что составляет 67,4% от исследуемой группы и 29,5% от общей, с остальными девочками (2-я группа, n = 74).

Наименование	1 Группа	2 Группа	P	r	P
Выраженность РПА с нарушениями настроения	5.27 ± 0.82	1.59 ± 0.44	<0.01	0.40	<0.01
Выраженность РПА с тревожными проявлениями	7.59 ± 0.53	1.48 ± 0.18	<0.01	0.78	<0.01
Выраженность РПА с поведенческими нарушениями	5.39 ± 1.28	2.64 ± 0.56	<0.05	0.22	<0.05
Выраженность РПА с нарушениями обучения	6.71 ± 1.124	2.98 ± 0.64	<0.01	0.31	<0.01
Снизилась успеваемость	51.2 ± 7.9%	27.3 ± 6.8%	<0.05	0.25	<0.05
Выраженность РПА с соматическими проявлениями	10.9 ± 1.38	5.93 ± 0.82	<0.01	0.33	<0.01
Нарушения, возможно связанные с дефицитом витамина D	12.2 ± 5.2%	0 ± 0%	<0.05	0.26	<0.05
Нарушения, возможно связанные с дефицитом селена	53.7 ± 7.9%	25 ± 6.6%	<0.01	0.29	<0.01

Вновь регистрируется комплексный характер расстройств психической адаптации, а также их сочетание с соматическими особенностями (в частности, с клиническими признаками гиповитаминозов и микроэлементозов). Однако, в этой группе мы не заре-

гистрировали достоверной связи с гормональными отклонениями.

В таблице 3 приводятся данные подростков с поведенческими нарушениями.

Таблица № 3. Сравнение девочек, имеющих клинические проявления РПА с поведенческими нарушениями, (1 группа, n = 12), что составляет 26% от исследуемой группы и 11,4% от общей, с остальными девочками (2-я группа, n = 93).

Наименование	1 Группа	2 Группа	P	r	P
Выраженность РПА с нарушениями настроения	6.89 ± 1.14	1.72 ± 0.32	<0.01	0.53	<0.01
Выраженность РПА с тревожными проявлениями	6.67 ± 0.91	3.38 ± 0.40	<0.01	0.39	<0.01
Выраженность РПА с поведенческими нарушениями	10.67 ± 1.52	0.85 ± 0.13	<0.01	0.72	<0.01
Выраженность РПА с нарушениями обучения	9.37 ± 1.52	2.64 ± 0.45	<0.01	0.52	<0.01
Выраженность РПА с соматическими проявлениями	11 ± 1.72	7.02 ± 0.86	<0.05	0.25	<0.05
Приблизительное число половых актов в месяц	0.35 ± 0.24	0 ± 0	<0.05	0.24	<0.05
Испытывает ли оргазм (во время акта, во сне или другим способом)	55.6 ± 17.6%	15 ± 8.2%	<0.05	0.42	<0.05
Впервые появились эротические переживания в возрасте (лет)	12.06 ± 1.18	13.72 ± 0.26	<0.05	- 0.25	<0.05
Сохранна девственная плева	80 ± 8.2%	98.1 ± 1.9%	<0.01	- 0.32	<0.01
Уровень ЛГ	6.25 ± 1.34	3.53 ± 0.33	<0.05	0.28	<0.05
Надпочечниковая гиперандрогенемия при гиперкортицизме	7.4 ± 5.1%	0 ± 0%	<0.05	0.23	<0.05

Как мы уже отмечали выше, поведенческие нарушения у подростков во многом определяются изменениями в социально-биологических инстинктах, которые возникают под влиянием половых гормонов. В этой связи интересен факт более раннего появления и более яркой выраженности половой активности. Интересна также связь с более высоким уровнем лютеинизирующего гормона, он повышается у лиц, у которых способность яичников вырабатывать половые гормоны ниже потребности в нем гипоталамуса, что может служить причиной его напряженного состояния. Мы выдвигаем гипотезу, что, по крайней мере, у части подрост-

ков нарушения поведения были связаны с несоответствием между биологическим и социальным возрастами, когда имеются “взрослые” социально-биологические ролевые потребности и “детские” возможности для их реализации (Леонтьев А.Н., 1975). Такие нарушения не характерны для примитивных народов/человеческих сообществ, где “отсутствует экономический и социальный пресинг; главное же, нет необходимости социально-го, морального и профессионального самоопределения” (M.Mead, 1961). Чем больше этот временной разрыв, тем ярче выражены поведенческие нарушения психической адаптации.

Таблица № 4. Сравнение девочек, имеющих клинические проявления РПА с расстройствами обучения (1 группа, n = 19) что составляет 41,3% от исследуемой группы и 18% от общей, с остальными девочками (2-я группа, n = 86)

Наименование	1 Группа	2 Группа	P
Выраженность РПА с нарушениями настроения	6.67 ± 1.33	2.28 ± 0.42	<0.01
Выраженность РПА с тревожными проявлениями	6.38 ± 1.03	3.78 ± 0.44	<0.01
Страх выхода к доске, волнение при ответах	95.2 ± 4.8%	53.1 ± 6.3%	<0.01
Выраженность РПА с поведенческими нарушениями	9.24 ± 1.99	2.24 ± 0.50	<0.01
Нарушает дисциплину в школе, вне школы	42.9 ± 11.1%	4.7 ± 2.7%	<0.01
Нарушает возрастные нормы	47.6 ± 11.2%	20.3 ± 5.1%	<0.05
Прогулы занятий, драки со сверстниками, вандализм	33.3 ± 10.5%	4.7 ± 2.7%	<0.01
Стала дезорганизована	42.9 ± 11.1%	3.1 ± 2.2%	<0.01
Стала курить	47.6 ± 11.2%	14.1 ± 4.4%	<0.01
Стала употреблять алкоголь	42.9 ± 11.1%	10.9 ± 3.9%	<0.01
Одиночество без депрессии	42.9 ± 11.1%	12.5 ± 4.2%	<0.01
Выраженность РПА с нарушениями обучения	13.71 ± 1.27	1.84 ± 0.24	<0.01
Снизилась успеваемость	95.2 ± 4.8%	20.3 ± 5.1%	<0.01
Появились трудности с концентрацией внимания, растерянность	100 ± 0%	45.3 ± 6.3%	<0.01
Старается избегать зачетных занятий и контрольных	81 ± 8.8%	4.7 ± 2.7%	<0.01
Астения. Повысена утомляемость. Нуждается в дополнительных усилиях на учебу.	100 ± 0%	34.4 ± 6%	<0.01
Выраженность РПА с соматическими проявлениями	11.55 ± 2.11	7.28 ± 0.83	<0.05
Сохранна девственная плева	77.8 ± 10.1%	96.6 ± 2.4%	<0.01

Как видно из таблицы 4, расстройства обучения у девочек подростков выступали в комплексе с другими нарушениями психической адаптации, а также имели связь с большей половой активностью в этой группе.

Соматизация расстройств психической адаптации выступала как компонент комплексных психологических нарушений, здесь вновь регистрировались более ранняя сексуальность и нарушения со стороны надпочечников. Была также связь с лабораторно зарегистрированным соматическим неблагополучием (дисбактериоз толстого кишечника). Можно думать,

что у значительной части подростков это нарушение возникает вследствие не только психологических и нейроэндокринных причин, но и в результате реального соматического неблагополучия.

Подводя итог данному разделу, следует отметить, что в нашем исследовании различные проявления нарушенной психической адаптации не возникали изолированно, а выступали в различных комбинациях. Кроме этого, они имели достоверную связь с половым созреванием и гормональными отклонениями со стороны надпочечников и яичников.

Таблица № 5. Сравнение девочек, имеющих РПА с соматическими нарушениями (1 группа, n = 18), что составляет 39,1% от исследуемой группы и 17,1% от общей, с остальными девочками (n = 87)

Наименование	1 Группа	2 Группа	P
Выраженность РПА с нарушениями настроения	6.14 ± 1.11	1.98 ± 0.41	<0.01
Выраженность РПА с тревожными проявлениями	6.93 ± -0.97	3.14 ± 0.33	<0.01
Выраженность РПА с поведенческими нарушениями	6.75 ± 1.74	2.64 ± 0.52	<0.01
Нарушает дисциплину в школе, вне школы	$25 \pm 8.3\%$	$8.9 \pm 3.8\%$	<0.05
Стала дезорганизована	$25 \pm 8.3\%$	$7.1 \pm 3.5\%$	<0.05
Одиночество без депрессии	$39.3 \pm 9.4\%$	$10.7 \pm 4.2\%$	<0.01
Изменение пищевого поведения	$50 \pm 9.6\%$	$19.6 \pm 5.4\%$	<0.01
Выраженность РПА с нарушениями обучения	6.79 ± 1.60	3.64 ± 0.56	<0.05
Снизилась успеваемость	$53.6 \pm 9.6\%$	$30.4 \pm 6.2\%$	<0.05
Выраженность РПА с соматическими проявлениями	16.75 ± 1.4	4.07 ± 0.29	<0.01
Впервые узнала как проходит половой акт в возрасте (лет)	11.5 ± 0.34	12.60 ± 0.26	<0.05
Повышенный уровень кортизола в крови	$39.3 \pm 9.4\%$	$12.5 \pm 4.5\%$	<0.01
Надпочечниковая гиперандрогенемия при гиперкортицизме	$7.1 \pm 5\%$	$0 \pm 0\%$	<0.05
Дисбактериоз толстого кишечника с дефицитом бифидум бактерий	$28.6 \pm 8.7\%$	$8.9 \pm 3.8\%$	<0.05

Расстройства психической адаптации и гипоталамическая дисфункция

Как уже упоминалось, мы создали искусственный диагноз, “гипоталамического синдрома с расстройствами психической адаптации”, в котором расстрой-

ства адаптации сочетались с эндокринными отклонениями. Этот синдром мы разбили на два подварианта по наличию или отсутствию эмоционально-вегетативных нарушений. В таблице 6 мы сравниваем девочек, соответствующих нашим критериям гипотетического синдрома с остальными девочками.

Таблица 6. Сравнение девочек, соответствующих критериям “гипоталамического синдрома с расстройствами психической адаптации” (1-я группа, n = 11) с остальными девочками (n = 94).

Наименование	1 Группа	2 Группа	P
Впервые попробовала удовлетворить эротическое переживание (лет)	9 ± 0.2	14.39 ± 0.44	<0.05
Регулярно стала удовлетворять эротические переживания (лет)	9 ± 0.2	14.78 ± 0.43	<0.01
Уровень тестостерона у обследуемой	7.44 ± 7.19	0.43 ± 0.09	<0.01
Уровень кортизола	735.5 ± 96.13	582.1 ± 21.71	<0.05
Надпочечники нормальных размеров	$90 \pm 10\%$	$100 \pm 0\%$	<0.01
Непропорциональное увеличение одного из надпочечников	$9.1 \pm 9.1\%$	$0 \pm 0\%$	<0.01
Нарушения, возможно связанные с дефицитом витамина А	$90.9 \pm 9.1\%$	$58.5 \pm 5.1\%$	<0.05
Нарушения, возможно связанные с дефицитом витамина В ₂	$36.4 \pm 15.2\%$	$12.8 \pm 3.5\%$	<0.05
Возможна мальабсорбция	$54.5 \pm 15.7\%$	$23.4 \pm 4.4\%$	<0.05
Нарушения, возможно связанные с дефицитом цинка	$36.4 \pm 15.2\%$	$11.7 \pm 3.3\%$	<0.05
Хронический уретрит	$54.5 \pm 15.7\%$	$18.1 \pm 4\%$	<0.01
Диэнцефальный эмоционально вегетативный синдром	$100 \pm 0\%$	$33 \pm 4.9\%$	<0.01
Психовегетативный синдром	$100 \pm 0\%$	$36.2 \pm 5\%$	<0.01
Повышенный уровень кортизола в крови	$45.5 \pm 15.7\%$	$18.1 \pm 4\%$	<0.05

У девочек первой группы были признаки более раннего проявления сексуальности и чаще регистрировались нарушения функции надпочечников, а также был выше уровень тестостерона.

Однако главное, что обращает на себя внимание - это то, что у всех девочек первой группы были признаки классического диэнцефального синдрома в сочетании с психовегетативным синдромом. То есть, мы не обнаружили "гипоталамического синдрома с расстройствами психической адаптации" вне рамок гипоталамического синдрома с психовегетативным синдромом. То есть, гипотетические второй и третий механизмы, обсуждавшиеся во введении работают, как единое целое. Наконец, регистрируемые в 1-й группе чаще признаки гиповитаминозов и микроэлементозов, а также соматические заболевания, могут приводить к обменным нарушениям в гипоталамусе и к его дисфункции (1-й механизм). Такие взаимосвязи хорошо укладываются в систему трехуровневой

диагностики, обсуждавшейся нами ранее (М.Н.Валивач, 1998, М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский 2000). Обращает на себя внимание также тот факт, что признаки гипоталамического эмоционально-вегетативного синдрома регистрировались и вне заметных расстройств психической адаптации, то есть, гипоталамический синдром может выступать относительно изолированно.

Теоретические предпосылки для объяснения связи расстройств психической адаптации с гипоталамической дисфункцией обсуждались выше, но остается вопрос, возможны ли пубертатные расстройства психической адаптации без гипоталамического синдрома или без его существенного участия. Мы выделили группу девочек, у которых один или более вариантов нарушенной психической адаптации имели выраженность более 8 баллов, но при этом клинически и лабораторно не регистрировались признаки гипоталамического синдрома. Данные приводятся в таблице 7.

Таблица 7. Сравнение подростков, обнаруживших выраженные расстройства психической адаптации, но не имеющих отчетливых признаков гипоталамического синдрома (1-я группа, n=16) с остальными девочками (n = 89)

Наименование	1 Группа	2 Группа	P
Жилищные условия (как сам/сама оценивает в баллах)	0.93 ± 0.22	1.35 ± 0.07	<0.05
Семья во втором или более поколении проживала в Павлодаре	$38.5 \pm 14\%$	$80.5 \pm 4.3\%$	<0.01
Выраженность РПА с нарушениями настроения	15.5 ± 2.28	2.76 ± 0.41	<0.01
Сниженное настроение в течение 2-х недель и более	$100 \pm 0\%$	$35.8 \pm 5.4\%$	<0.05
Периоды апатии, безинициативности, грусти	$100 \pm 0\%$	$43.8 \pm 5.6\%$	<0.05
Становилась более замкнутой, менее общительной	$100 \pm 0\%$	$33.8 \pm 5.3\%$	<0.01
Выраженность РПА с тревожными проявлениями	12.5 ± 0.96	4.03 ± 0.39	<0.01
Периоды тревожности, тревоги, ажитации	$100 \pm 0\%$	$43.2 \pm 5.5\%$	<0.05
Выраженность РПА с поведенческими нарушениями	23.25 ± 5.406	3.01 ± 0.49	<0.01
Нарушает дисциплину в школе, вне школы	$75 \pm 25\%$	$11.1 \pm 3.5\%$	<0.01
Нарушает возрастные нормы	$75 \pm 25\%$	$24.7 \pm 4.8\%$	<0.05
Прогулы занятий, драки со сверстниками, вандализм	$50 \pm 28.9\%$	$9.9 \pm 3.3\%$	<0.05
Стала дезорганизована	$75 \pm 25\%$	$9.9 \pm 3.3\%$	<0.01
Стала курить	$75 \pm 25\%$	$19.8 \pm 4.5\%$	<0.01
Стала употреблять алкоголь	$75 \pm 25\%$	$16 \pm 4.1\%$	<0.01
Одиночество без депрессии	$75 \pm 25\%$	$17.3 \pm 4.2\%$	<0.01
Изменение пищевого поведения	$75 \pm 25\%$	$27.2 \pm 5\%$	<0.05
Выраженность РПА с нарушениями обучения	19 ± 2.08	4.07 ± 0.59	<0.01
Снизилась успеваемость	$100 \pm 0\%$	$35.8 \pm 5.4\%$	<0.05
Нуждается в дополнительных усилиях на учебу(стало трудно учиться)	$100 \pm 0\%$	$48.1 \pm 5.6\%$	<0.05
Выраженность РПА с соматическими проявлениями	22.5 ± 3.30	7.59 ± 0.77	<0.01
Оценка сексуального влечения в баллах	1.85 ± 0.22	2.39 ± 0.09	<0.05
Половая связь безразлична	$71.4 \pm 18.4\%$	$25.5 \pm 6.4\%$	<0.05
В анамнезе туберкулез	$7.1 \pm 7.1\%$	$0 \pm 0\%$	<0.05
Хронический уретрит	$43.8 \pm 12.8\%$	$18 \pm 4.1\%$	<0.05
Диэнцефальный эмоционально вегетативный синдром	$0 \pm 0\%$	$47.2 \pm 5.3\%$	<0.01
Психовегетативный синдром	$0 \pm 0\%$	$50.6 \pm 5.3\%$	<0.01
Комбинированный иммунодефицит	$6.3 \pm 6.3\%$	$0 \pm 0\%$	<0.05

В противоположность девочкам с явными гипоталамическими нарушениями, это подростки имели менее выраженную сексуальность, у них чаще регистрировались бытовое неблагополучие и соматические болезни. Можно предположить, что у них нарушения психической адаптации связаны не только и не столько со специфическими физиологическими изменениями пубертатного периода, а, преимущественно, с иными нарушениями (травмирующая ситуация, неврологические, психические или соматические болезни, нозос), которые, в отличие от подростковых, могут носить прогрессирующий характер и потребовать ранней диагностики и лечения.

Заключение

Поводя итоги обсуждению полученных результатов, выделим главное:

1. Расстройства психической адаптации характерны для девочек пубертатного возраста;
2. В основе типичных расстройств лежит гипоталамическая дисфункция, которая является реакцией гипоталамуса на нарушения гормонального равновесия (преимущественно, со стороны гонад и надпочечников);
3. Ускоренное половое созревание и большая разница между "биологическим" и "социальным" возрастом является мощным фактором развития типичных вариантов расстройств психической адаптации подросткового периода;
4. В период пубертата возможны расстройства психической адаптации без гипоталамического синдрома или без его существенного участия, и их следует отнести к атипичным или "не пубертатным", т.е. не связанным, непосредственно, с гипоталамо-гормональным рассогласованием при половом созревании;
5. Атипичные расстройства психической адаптации, протекающие без психовегетативного синдрома и вне четкой связи с сексуальностью, должны вызывать особую настороженность врача, как факторы риска по прогредиентным психическим, неврологическим или соматическим заболеваниям;
6. Дефициты витаминов и микроэлементов, соматические заболевания могут усиливать проявления как типичной, так и атипичной психической дезадаптации.

Литература:

1. Алешин Б.В. Гистофизиология гипоталамо-гипофизарной системы. – М.: Медицина, 1971. С. 440;
2. Анохин П.К. Системная организация физиологических функций. М., 1969;
3. Анохин П.К., Судаков К.В. Нейрофизиологические механизмы голода и насыщения: 11-й съезд Всесоюзного общества физиологов им. И.П. Павлова. – Л. 1970, с. 284-290;
4. Баранов В.Г., Пропп М.В., Савченко О.Н., Степанов Г.С. Гипоталамо-гипофизарная регуляция полового цикла в возрастном аспекте: 11-й съезд Всесоюзного съезда физиологов им. И.П. Павлова. – Л.: 1970, т. 1, с. 301-306;
5. Березин Ф.Б. Психопатология гипоталамических поражений (клиника, нейрогуморальное регулирование, закономерности действия психотропных средств): автореферат дис... д-ра мед. Наук. М., 1971;
6. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. – 270 с.;
7. "Блоки мозга" на web-странице Психологический словарь, 2001, <http://psycho.lgg.ru/st/013700.htm>
8. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофтостедтер Л. Мозг, разум, поведение: Пер. с англ. – М.: Мир, 1988. – 248 с.;
9. Богач П.Г. Церебральные механизмы потребления пищи и воды: 11-й съезд Всесоюзного съезда физиологов им. И.П. Павлова. – Л.: 1970, т. 1, с. 290-295;
10. Валивач М.Н. Опportunистические инфекции слизистых оболочек (практическое применение системного подхода). Павлодар, НПФ ЭКО. 1998, - 288 с.;
11. Валивач М.Н., Россинский Ю.А., Гаськов А.П., Джунусов Г.А. Сомато-психические взаимосвязи у девочек-подростков г. Павлодара (приложение трехуровневого подхода к анализу сомато-психических влияний у девочек-подростков). Вопросы ментальной медицины и экологии. Том VI, № 4. Москва-Костанай. С. 58-69.;
12. Ведяев Ф.П., Анализ эффектов электростимуляции некоторых лимбических структур. Нейрофизиология, 1967, т. 1 № 2, с. 194-201;
13. Вейн А.М. Нарушение сна и бодрствования. – М.: Медицина, 1974, - 383 с.;
14. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. – М.: Медицина, 1981, 320 с.;
15. Верзилова О. Н., Кондратьева Л. Н., О вазомоторной функции гипоталамуса. – В кн.: Физиология и патофизиология гипоталамуса. М., 1966, с. 106-110;
16. Гельгорн Э., Луффорроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. Пер. с англ. М.: Мир, 1966;
17. Громова Е.А., Ткаченко К.Н., Проводина В.Н., Характеристика функциональных связей различных областей гипоталамуса кролика. – Физiol. Журнал СССР, 1965, т. 60, № 6, с. 768;
18. Загер О. Промежуточный мозг. – Бухарест: Издательство АН РРР, 1962, с. 300;
19. Лейтес С.М. Жиромобилизующие факторы. – Терх. Архив, 1969, т. 34, вып. 6, с. 3-8;
20. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Просвещение, 1975. 180 с.;
21. Ониани Т.Н., Унигадзе А.Я., Абзамидзе Е.В. О гипоталамо-гипокампальных взаимоотношениях. – Нейрофизиология. 1970, т. 2, № 5, с. 497-506;
22. Панин Л.Е., Биохимические механизмы стресса. – Новосибирск: Наука, 1983. – 232 с.;
23. Поленов А.Л. Гипоталамическая нейросекре-

- ция. – Л.: Наука, 1968, с. 159;
24. Раис Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб.: Издательство “Питер”, 2000. – 656 с.;
25. Ремшидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности: Пер. с нем. – М.: Мир, 1994. – 320 с.;
26. Репин И.С., Передний гипоталамус и регуляция температуры тела. – В кн.: Центральные механизмы вегетативной нервной системы. Ереван 1969 с. 320-398;
27. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. М., 1981;
28. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. – М.: Медицина, 1981. – 232 с.;
29. Тонких А. В., Гипоталамо-гипофизарная область и регуляция физиологических функций организма. 2-е изд. – Л.: Наука, 1968, с. 330;
30. Федорович Г.И., Влияние электрического и хронического раздражения гипоталамуса на деятельность сердца и дыхания. – В кн.: 3-я Всесоюзная конференция по физиологии вегетативной нервной системы. Ереван 1971, с. 197;
31. Шулейкина К.В. Структурные, поведенческие ЭЭГ-кореляты пищевого возбуждения и пищевой мотивации. – В кн. Центральные механизмы вегетативной нервной системы. Ереван, 1969, с. 393-404;
32. Эскин И.А. Роль нервной системы в регуляции гипофиза и коры надпочечников. – Успехи сов. Биол., 1956, т. 42, № 3, с. 343-372;
33. Anand B.K. Functional importance of the limbic system of brain. – Indian J. Med. Res., 1963, v. 51. p. 175-222;
34. Dell P., Bonvallet M., Mise en jeu des effects de l’activite reticulaire par le milien exterieur et la milien interieur. – Rapp. XX Congr. Intern. Physiol. – Bruxelles, Catherine Presse, 1956, p. 286;
35. Flerko B., Mess R., Halasz B. Hypothalamik control of the anterior pituitary. – Budapest, Akademiai Kiado. 1962;
36. Gellhorn E. Principles of autonomic-somatic integration's. Minneapolis, 1967;
37. Halasz B., Pupp L. Hormone secretion of the anterior pituitary gland after psychical interruption of all nervous pathway to the hypophysiotrophic area. – Endocrinology, 1965, v. 77, p. 553-562;
38. Harris G. Neural control of the pituitary gland. London, Arnold, 1955;
39. Hess W.R. The functional organization of the diencephalon. New York, 1957;
40. Hess W., Hypothalamus und Thalamus. Berlin 1968;
41. Mead M. Coming of Age in Samoa. New York, 1961;
42. Milner P.M. Physiological psychology. – Chicago, 1970, 531 p.;
43. Sauers G. Factors inhibiting the level of ACTH in the blood. – Ciba Found. Coll. Endocrin., 1957, v. 9, p. 138;
44. Scharrer E., Scharrer B. Hormones produced by neuro-secretory cells. – Rec. Prog. Horm. Res., 1954, v. 10, p. 183;
45. Smythe G.A. The Role hypothalamyk pituitary Function. – Clin. Endocr., 1977, v. 7, p. 325-341;

ИНФОРМАЦИЯ

ИСТОРИЯ ОДНОЙ ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ (КАФЕДРАЛЬНЫЕ БАЙКИ)

Проф. Б.Е.Егоров

г. Москва

Часть 1

Нам трудно поверить тому,
что лежит за пределами
нашего кругозора»
Франсуа де Ларошфуко
«Максими и моральные размышления»

Данная статья - это свободное изложение мыслей, событий, переживаний связанных с написанием первой докторской диссертации на кафедре психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) с момента ее существования, еще, будучи Центральным орденом Ленина институтом усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ). Весь путь, проделанный мной – это подтверждение жизненных принципов, направленных на создание и развитие не только личности, но и моего

окружения. Готовность принимать жизнь такой, какая она есть, не подчиняясь слепо, но и не противясь судьбе, одновременно, стараясь извлечь пользу из всего, до тех пор, пока не появится что-нибудь лучшее. Однако ждать пока появится что-нибудь лучшее – этого мало, надо активно воздействовать на события, не забывая, что в основе любых исторических процессов находится идея, которая одухотворяет личность, общество и профессию. Необходимо “загнать” все идеи, мысли, переживания в дальний угол

бессознательного. Пусть отлежатся немножко, а потом либо испарятся, либо сконденсируются в ясный, четкий перечень фактов, которые уже можно использовать. И еще один принцип работы в сфере духовного развития: “не начинай дело, если не умеешь хотеть настолько, чтобы мочь”. Такова теоретическая преамбула, открывающая события последнего десятилетия XX века на кафедре психотерапии РМА-ПО. В изложении событий и фактов мы будем придерживаться временного принципа. Иногда события спрессованы в два – три дня, иногда месяцами ничего не происходило, кроме внутренней работы. И самый главный совет подрастающему поколению, да и просто людям: научитесь радоваться препятствиям, научитесь выбирать более сильного противника и более умного собеседника, только тогда сможете подняться выше по лестнице совершенства. И естественно, что на пути реализации идеи встречались разные люди. Много людей, понимающих и поддерживающих, но и много подлых, завистливых, нечестоплотных и выполняющих чей-то заказ или желание наказать.

В этой связи на месте оказывается высказывание Аристотеля (древнегреческий философ и учений, 384 – 322 г. до н.э.). Его спросили: Почему завистники всегда чем-то огорчены? – Потому что их снедают не только собственные неудачи, но и успехи других, – ответил он”.

Ведь в конечном итоге тайное всегда сквозит в наших поступках, изменяет выражение наших глаз, меняет интонацию, руководит нашими поступками и неосознанными движениями нашего тела. Счастье, замешанное на обмане, недолговечно по сути своей. Поэтому изначально я говорил на кафедре, что пора писать докторскую диссертацию. Смотрел на коллег, создавал условия восприятия этой идеи. Формировал атмосферу вокруг нее. Было известно, что мой учитель, профессор В.Е.Рожнов, всех, кто пытался писать докторскую диссертацию на кафедре, либо выгнал, либо запретил им это делать, либо создавал такие условия, что со стороны приходил отрицательный отзыв, после которого сотрудник отказывался от реализации задуманного. Но, что касается не докторской диссертации, надо отдать должное моему учителю, он позволял делать все, что тебя интересует, исповедовать любые теории, проверять любые методы и практические приемы. Одним словом творить и еще раз творить. Но его любимое выражение, часто повторяющее перед сотрудниками: “Я умру заведующим кафедрой”. Что в последствии и реализовалось, оправдывая древнее выражение: “Столько можем, сколько знаем”.

Все началось с исторического заседания кафедры психотерапии ЦОЛИУВ 18.01.1990 г. Вот подлинный протокол.

“Присутствовали: профессор В.Е.Рожнов, доценты: М.Е.Бурно, Д.В.Панков, А.С.Слуцкий, ассистенты: В.П.Колосов, Ю.Л.-Покровский, А.В.Гришин, В.Е.Смирнов, И.С.Павлов, ст. научный сотрудник Ю.В.Мельников, мл. научный сотрудник: Ю.В.-Колбасин, Д.А.Мельников, ст. лаборанты к.м.н. Б.Е.Егоров, к.м.н. М.А.Некрасов, А.И.Сосландин, Ю.П.Бойко, клиническиеординаторы (4 человека).

ПОВЕСТКА ДНЯ: Обсуждение кандидатур для выдвижения на должность заведующего кафедрой.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: ио. заведующего кафедрой – профессор В.Е.РОЖНОВ.

СЕКРЕТАРЬ: М.А.НЕКРАСОВ.

Профессор В.Е.Рожнов, – Как всем известно, я исполняю обязанности заведующего кафедрой. Но всему есть свой срок. Деканат ставит вопрос о выдвижении кандидатуры на должность заведующего из числа работников кафедры. Если этого не произойдет, институт будет вынужден пригласить кого-либо со стороны. Два наших доцента М.Е.Бурно и А.С.Слуцкий утверждены как исполнители докторских диссертаций на Ученых советах (терапевтического факультета) института. Также рекомендован к утверждению темы докторской диссертации ассистент В.П.Колосов. Тема диссертации Марка Евгеньевича “Терапия творческим самовыражением”. В 1989 г. вышла одноименная монография. Родилась идея защищать книгу как диссертацию. Было осуществлено рецензирование. Получен ответ, – книга не соответствует канонам диссертационной работы.

Доцент М.Е.Бурно, – Я никогда не горел желанием защищать докторскую диссертацию. Но, я предался судьбе и решил защищать работу. Рецензенты В.В.Ковалев и Г.П.Колупаев. В.В.Ковалев и Ю.И.Полищук, оценив в целом книгу, считают, что защищать ее как диссертацию нельзя, т.к. нет контрольной группы и статистики. Я отныне отказываюсь защищать книгу, как докторскую диссертацию, “липовые” контрольные группы я вводить в книгу не намерен.

Доцент А.С.Слуцкий, - Сейчас происходит переоценка многих ценностей. Психиатрия претерпевает перестройку. Ученые работают над пересмотром подходов к диссертационным работам. Работа же Марка Евгеньевича – уникальна. Дело не в “липовых” контрольных группах, а в необходимости научно доказать эффективность Вашего метода лечения. А бросать такой труд, по-моему, нельзя. Необходимо подумать, как доказать эффективность психотерапии. Наверное, можно найти интересный новый способ доказательства.

Доцент М.Е.Бурно - Для меня этот вопрос принципиальный. Оценка эффективности терапевтического процесса – клиническая. В работе используется ряд выведенных мною клинических критериев. Поэтому считаю, что статистически в работе обсчитывать нечего.

Ассистент И.С.Павлов – Марк Евгеньевич пытается доказать, что спасение утопающих эффективнее на моторной лодке, а не на всплахах. Это всем понятно.

Профессор В.Е.Рожнов – Не будем замыкаться на обсуждении одной кандидатуры. В нашем коллективе каждый кандидат медицинских наук может написать докторскую диссертацию. Психотерапия вполне заслужила притока талантливых молодых ученых на руководящие должности. Если Марк Евгеньевич переоценит свои мысли, то дорога ему для защиты не будет закрыта. Но сейчас мы вынуждены согласиться с Марком Евгеньевичем, который, по принципиальным для него соображениям, не собирается защищать диссертацию.

Следующая кандидатура – доцента А.С.Слуцкого. Тема диссертации: “Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия в клинике пограничных состояний”. Утверждена в феврале 1988 года.

Доцент А.С.Слуцкий – Мне кажется, что не следует увязывать защиту докторской диссертации с выдвижением кандидатуры на заведование кафедрой. Я тоже не имею жестких установок на написание докторской диссертации, продолжаю работать, но без особого энтузиазма. В настоящее время я крайне перегружен работой в Московском городском психотерапевтическом центре.

Профессор В.Е.Рожнов – Мнение коллектива и мое личное – посоветовать Александру Соловьевичу активизировать работу над диссертационной работой.

Доцент А.С.Слуцкий – Я буду продолжать диссертационную работу только при эмоциональной поддержке коллектива кафедры.

Профессор В.Е.Рожнов – Наш третий диссидентант – ассистент В.П.Колосов. Владимир Петрович начал работу над диссертацией весной 1980 г. В декабре 1989 г. должно быть утверждение темы на терапевтическом Совете ЦОЛИУВ. Сейчас утверждение перенесено на февраль.

Доцент Д.В.Панков – Владимир Петрович, сколько Вам нужно времени для того, чтобы закончить диссертацию?

Ассистент В.П.Колосов – Меньше, чем за год, я не управляюсь. Можно ориентироваться на январь 1991 года.

Профessor B.E.Рожнов – Можно будет поставить вопрос перед деканатом о предоставлении Владимиру Петровичу 3-х месячного творческого отпуска.

Перейдем ко второму вопросу.

Наступило время, когда на нашей кафедре заведующий должен пройти по конкурсу.

Желает ли коллектив пригласить кого-либо со стороны, если да, то кого именно? Или новый заведующий кафедрой должен быть из нашего коллектива?

Ст. научный сотрудник Ю.В.Мельников – Конечно, речь может идти только о кандидатуре из состава кафедры.

Старший лаборант Б.Е.Егоров – Правильно! Только из нашего коллектива.

Ассистент Ю.Л.Покровский – Приход заведующего со стороны может нанести урон активно разрабатываемой в последние годы концепции эмоционально-стрессовой психотерапии, которая находит признание не только у нас в стране, но и за рубежом.

Профessor B.E.Рожнов – Кто имеет другое мнение? Других мнений нет. Тогда вопрос ставим на голосование. Кто за то, чтобы претендент на должность заведующего кафедрой был из нашего коллектива?

“ЗА” – 20; “ПРОТИВ” – нет; “Воздержавшихся” - нет.

Я предлагаю назвать кандидатуры претендентов из сотрудников нашей кафедры.

Доцент Д.В.Панков – Я предлагаю кандидатуру ассистента В.П.Колосова. Мы должны обратиться в ректорат ЦОЛИУВ с просьбой не объявлять конкурс до января 1991 года. К январю 1991 г. мы обеспечим кандидатуру на должность заведующего кафедрой.

Профessor B.E.Рожнов – Деканат ставит перед нашим коллективом вопрос: кого мы можем выдвинуть на должность заведующего кафедрой. Если у нас такого человека не окажется, тогда объявят конкурс. Если же мы скажем, что у нас есть претендент, то, по всей видимости, ректорат согласится подождать.

Доцент Д.В.Панков – Давайте решать вопрос о кандидатуре из состава кафедры, т.к. за этот пункт проголосовали единогласно.

Доцент М.Е.Бурно – Коллектив кафедры пришел к единому мнению, что заведовать кафедрой может лишь человек из нашего коллектива. По моему мнению, в Москве и в Московской области такой кандидатуры нет.

Профessor B.E.Рожнов – Мы отклоняемся от повестки дня. Прошу называть кандидатуры. Я – за кандидатуру В.П.Колосова.

Доцент Д.В.Панков – Колосов В.П.

Доцент М.Е.Бурно – Колосов В.П.

Доцент А.С.Слуцкий – Колосов В.П.

Ассистент В.Е.Смирнов – Колосов В.П.

Ассистент И.С.Павлов – Колосов В.П.

Ст. научный сотрудник Ю.В.Мельников – Колосов В.П.

Ассистент Ю.Л.Покровский – Колосов В.П.

Мл. научный сотрудник Д.А.Мельников – Колосов В.П.

Мл. научный сотрудник Ю.В.Колбасин – Колосов В.П.

Ассистент А.В.Гришин – Колосов В.П.

Старший лаборант Б.Е.Егоров – Колосов В.П.

Старший лаборант Ю.П.Бойко – Колосов В.П.

Старший лаборант А.И.Сосланц – Колосов В.П.

Старший лаборант М.А.Некрасов – Колосов В.П.

Профessor B.E.Рожнов. – Таким образом, открытым голосованием рекомендована кандидатура ассистента В.П. Колосова на должность заведующего кафедрой.

Председатель собрания, профессор В.Е.Рожнов;

Секретарь – М.А.Некрасов”.

Историческое собрание, с него все и началось. Во-первых, профессор В.Е.Рожнов красиво всех перепрограммировал. Заблокировал доц. М.Е.Бурно, доц. А.С.Слуцкого. Выдвинул новую кандидатуру и показал “морковку” перед всеми. Во-вторых, еще продлил себе время сидения на кафедре без объявления конкурса.

Все играли по его правилам. Единственно, что он не предусмотрел, ТАК ЭТО ДВЕ ВЕЩИ. Первая – коллектив назвал единственного кандидата, правда, этот кандидат никогда не хотел писать докторскую, но очень натурально нес эту ношу пишущего диссертацию. В последствии, этим все время шантажировали всех и на кафедре, и в академии. Вторая – защищать докторскую диссертацию могут и молодые, и талантливые старшие лаборанты. После собрания в один из дней я подошел к ассистенту Колосову и выразил ему поддержку как будущему заведующему кафедрой, и договорился о собственной защите. Ожидание продолжалось, вплоть до осени 1994 года. Периодически я подходил к доценту Колосову и напоминал о возможной собственной защите докторской диссертации, поэтому, когда я начал движение в сторону защиты диссертации, совесть моя была чиста, поскольку ждал я достаточно долго.

Итак, в 1989 году, доцент Марк Евгеньевич Бурно сделал попытку защитить докторскую диссертацию по своей знаменитой монографии “Терапия творческим самовыражением”. Директор Московского НИИ Психиатрии проф. В.В.Ковалев прислал отрицательный отзыв, который проф. В.Е.Рожнов прочитал на заседании кафедры и лицемерно выразил сожаления по поводу невозможности доц. Бурно – защиты докторской диссертации.

Вот некоторые выдержки из рецензии на монографию М.Е.Бурно “Терапия творческим самовыражением”

Проф. В.В.Ковалев:

“Важнейшим является вопрос о научной достоверности представленных данных. Положительные стойкие результаты лечения, по данным автора, были достигнуты в 80,1% наблюдений. Каковы же критерии такой оценки? Критерий высокой эффективности лечения методом творческого самовыражения основан на … “чувстве довольно ровного почти полного здоровья, с оптимистическим настроем, несмотря на психопатические декомпенсации и эндогенные обострения”, которые, якобы, умело преодолеваются пациентами. Нетрудно заметить, что данный критерий отличается субъективизмом. Он не дополняется количественными показателями снижения частоты и продолжительности декомпенсаций и обострений, качественными показателями их структурных изменений. Критерием “средней эффективности” лечения служит “достаточно стойкое улучшение со сравнительно “терпимыми” расстройствами, которые пациент способен смягчать самостоятельно способами творческого самовыражения”. Субъективизм и элементы неопределенности здесь выражены в еще большей степени, чем в критерии высокой эффективности. Отсутствие четких клинико-психопатологических и четких количественных критериев эффективности терапии, заметный субъективизм в ее оценке …”

“… Кстати в монографии остался “незамеченным” достаточно эффективный метод лечения затяжных психопатических декомпенсаций у дефензивных психопатов и больных малопрогредиентной шизоф

рении – метод разгрузочно-диетической терапии, который в сочетании с психотерапией и последующей диетотерапией дает достаточно высокие результаты”.

“... Внимательное изучение клинических иллюстраций показывает, что диагноз психастенической психопатии вызывает сомнения ввиду наличия у пациентов субдепрессивных состояний с выраженным полиморфными навязчивостями, в том числе “контрастного” характера. Спорной также является диагностика циклоидной психопатии ...”

“... Анализ приведенных в монографии клинических наблюдений не содержит веских доказательств утверждения автора о том, что “положительный, серьезный, стойкий, лечебный сдвиг наступал (чаще, как перелом в состоянии пациентов (обычно) в 96% случаев) через 1,5 – 2 года лечения, а в дальнейшем становилось все лучше месяц за месяцем”. Такого постепенно прогрессирующего улучшения клинического состояния пациентов в большинстве наблюдений не удается проследить...”

“... Не приведены конкретные суммарные данные, доказывающие существенное изменение “социальной кривой” пациентов после лечения...” и т.д. и т.п.

Одним словом перед читателем предстают отрывки заказной “черной рецензии”, которая препятствовала началу защиты докторской диссертации Бурно М.Е. в 1989 году. Заказал “черную рецензию” профессор В.Е.Рожнов.

В таком же положении оказался и доцент психотерапии Дмитрий Владимирович Панков, а также остальные сотрудники кафедры психотерапии. Но они даже не доходили до объявления результатов своих наработок докторских диссертаций, заранее зная, чем это закончится. Когда, будучи старшим лаборантом группы ЦНИЛ при кафедре психотерапии, я спрашивал у доцента кафедры Д.В.Панкова, почему он не пишет докторскую диссертацию, он мне отвечал, что у него материала на три докторских, просто условия не созрели. Видимо, таковы условия пробивания всего нового. История любит ставить нас в неблагоприятные условия и смотреть, как человек ведет себя в стрессовых ситуациях. Если он проходит ситуацию достойно, то дело, за которое он отвечает, крепнет и развивается. Если у него нет достаточных оснований для реализации дела, то и человек, и дело тихо прекращают свое существование. Присутствуют условия в обществе и в человеке, – дело крепнет, и развивается.

Нечто подобное проф. В.Е.Рожнов рассказывал лично автору, как в свое время при организации кафедры психотерапии ЦОЛИУ врачей, профессор Мясищев, узнав об этом событии, приехал в Москву на прием к ректору института Ковригиной и уговаривал ее не открывать кафедру психотерапии, мотивируя это тем, что психотерапия уже существует в Ленинграде. Однако проф. Рожнов к тому времени был достаточно известным в научных кругах человеком, и значимость его предыдущей должности перевесила уговоры проф. Мясищева. Кафедра психотерапии была открыта. Началось научное и образо-

вательное развитие психотерапии в Москве.

Можно сказать, что проф. Рожнов своей личностью пробил первую брешь в соматической идеологизированной советской психиатрии. Но он был человеком своего времени и страдал от недостатков этого времени. Однако это был Великий психотерапевт и большой знаток истерии в чистом виде. В своей психотерапевтической молодости я хотел быть похожим на него. Этому способствовал и мой голос, достаточно громкий и очень психотерапевтичный. В конце 70-х начало 80-х годов XX века на кафедре работала гипногическая лаборатория. Секретарем заседаний лаборатории был автор этих строк. Разбирались интересные случаи гипнотизации, пациенты, демонстрирующие различные гипнотические феномены и т.д. Участвуя в деятельности гипногической лаборатории, формировался взгляд на болезни, пациентов, методы психотерапии. Помню знаменные клинические разборы в 12 психиатрической больнице. Показывали одного пациента, и каждый сотрудник кафедры ставил свой диагноз, исходя из одних и тех же симптомов. Вставал доцент Панков – ставил “органику”, вставал доцент Бурно и ставил шизофрению, вставал профессор Рожнов и ставил истерию, вставал ассистент Слуцкий и присоединялся к мнению профессора и т.д. На одном из клинических разборов не выдержал один врач, который встал и начал с обидой говорить о том, что это безобразие - у кафедры нет единого мнения, вот на других кафедрах одно мнение, а на нашей кафедре психотерапии разнобой. На что доцент психотерапии Д.В.Панков сказал знаменитые слова, отвечающие принципам Московской психотерапевтической школы: “Наблюдая разные мнения преподавателей, Вы учитесь мыслить над пациентами, уважать мнение своих товарищей-коллег и вырабатывать собственное мнение. Если Вы этого не видите, значит, Вы не думаете над проблемами пациентов, а заранее озабочены поставить ярлык болезни на пациента”.

Являясь передовым психотерапевтом своего времени, профессор Рожнов начал читать лекции с критикой психоанализа в начале 70-х годов. Будучи лекционным ассистентом, я неоднократно слышал эти лекции, помнил их наизусть, слово в слово. Но только когда я сам занялся психоанализом, начал потихоньку делать выводы из того, что говорил Владимир Евгеньевич. Он критиковал с любовью, прививая слушателям не только значимость этой теории, но и внося свои изменения. Лозунг проф. Рожнова “синергизм сознания и бессознательного” – это прямое следствие его глубокого знакомства с работами Альфреда Адлера. Мнение некоторых современных российских психоаналитиков, что преемственности не было и надо начинать все сначала, не выдерживает критики. Проф. Рожнов был тем звеном, которое и является переходным от первых двух поколений психоаналитиков к современности. Учитель проф. В.Е.Рожнова академик В.А.Гиляровский воспитывался как психиатр во времена становления психоанализа в России в 10-20-х годах XX века. В институте им. В.П.Сербского работали первые психоаналити-

ки России – проф. Ю.В.Каннабих, проф. Е.Н.Довбня и другие. Существовал Институт психиатрии имени М.М.Асатиани (последователя К.Г.Юнга) в Тбилиси. Был психоаналитиком и заведующим кафедрой психиатрии Иркутского медицинского института проф. И.С.Сумбаев, учитель проф. А.С.Белкина и другие. Была школа Мясищева в Ленинграде, замешанная на психоанализе и т.д. Психологический факультет МГУ приютил А.Р.Лурию, который был ученым секретарем Русского психоаналитического общества. Причем сертификация первых психоаналитиков России происходила следующим образом. При посещении семинара З.Фрейда, они дотрагивались до основоположника и получали разрешение заниматься психоанализом. Таким образом, преемственность сохранялась и в разговорах, в статьях, лекциях, практических занятиях, семинарах и передавалась слушателям. Имеющий уши, да услышит. Кто хотел слышать, тот слышал и делал выводы, и приспособливал услышанные идеи к практике. Старший лаборант кафедры психотерапии, лекционный ассистент проф. В.Е.Рожнова (Критика психоанализа и неофрейдистских дериватов) и доцента Д.В.Панкова (Критика дазайнанализа), автор этих строк, услышал зов предшественников, заинтересовался этой темой и объявил о желании защищать докторскую диссертацию по психоанализу.

Впервые тема защиты докторской диссертации прозвучала достаточно комично. После защиты кандидатской диссертации в Московском НИИ психиатрии ко мне подошла мой официальный оппонент, проф. О.П.Вертоградова, поздравила с защитой и сказала: “Теперь пора думать о докторской диссертации, есть какие-нибудь задумки?”. Я спонтанно, не готовясь и не размышляя об этом, ответил, что собираюсь защищаться по психоанализу. Минута молчания. Потом Ольга Петровна посмотрела на меня как на зачумленного и сказала: “Попробуй, может, что и получится”. Это был 1988 год, когда о психоанализе никто ничего не говорил, кроме хулительного. Даже посещая Ленинскую библиотеку, мне приходилось запасаться официальными бумагами от института, чтобы разрешили пользоваться книгами психоаналитиков.

В конце 1989 года началась вакханалия массовых сеансов исцеления Карапетяна, затем распался СССР. Начало строительства новой России. В этот период были написаны монографии “Психотерапия, гипноз, бессознательное”, посвященные массовым сеансам исцеления и их негативным последствиям для населения, “Российское коллективное бессознательное”, посвященное пониманию процессов проходящих в СССР и России, а также ряд статей по анализу бессознательного пациентов. Уже десять лет как на кафедре мы использовали рисуночные прогностические методики при изучении бессознательного и активного воздействия на бессознательное пациента. В 1995 году вышли методические рекомендации “Прогностические рисуночные методики в изучении бессознательного...”.

Мучился я с психоанализом наедине с собой до

сентября 1994 года. Именно тогда я впервые начал атаковать проф. Рожнова просьбой о планировании моей докторской диссертации. В какой-то момент я осознал, что если не будет интеллектуального прорыва, я так и просижу свою жизнь в ассистентах кафедры, как многие мои предшественники. Нужен был интеллектуальный шаг вперед. Это как в кодексе “Бусидо” – кодекс поведения самурая. Если не знаешь, что делать, делай шаг вперед. Я сделал шаг вперед и принес проф. Рожнову бумагу на подпись, о планировании моей докторской диссертации. Потом я каждую неделю приносил и уносил эту бумагу, якобы на исправление деталей. И когда эти детали стали повторяться, прошло 3 месяца. В один из приходов к профессору, я в сердцах сказал, что нельзя быть таким бюрократом. Это вызвало такую мощную эмоциональную реакцию Владимира Евгеньевича, что он сказал: “Меня – бюрократом?!?” и тут же подписал бумагу. Я схватил ее как драгоценность, прижал к груди и в тот момент готов был биться за нее до последнего со всем миром. Вдогонку проф. Рожнов “запустил слова”, что он отказывается быть научным консультантом по докторской диссертации. И это была его единственная ошибка, после которой абсолютно контролировать ход написания диссертации он уже не мог, и не мог повлиять на мои ходы тоже. Однако возникла проблема научного консультанта и желательно из Академии. И вот здесь вступил в силу интеллектуальный закон действия, – “Учитель находится сам, если готов ученик”. Таких кандидатур было две – зав. кафедрой психиатрии академик Тиганов А.С. и зав. кафедрой наркологии Ю.В.Валентик. После нескольких консультаций с “нужными людьми”, выбор пал на профессора Ю.В.Валентика. Знакомство состоялось, и Ю.В.Валентик дал добро на научное консультирование моей докторской диссертации. Почти мгновенно родилось название. После ознакомления с моими материалами и предполагаемыми названиями докторской, Юрий Владимирович подумал несколько минут, и родилось название: “Психоаналитически ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств”. Я не привожу других вариантов названия, поскольку они уже не играют никакой роли.

14 декабря 1994 года на кафедре проведено обсуждение темы докторской диссертации и рекомендовано утвердить данную тему на Ученом Совете Академии.

Самое удивительное, что все участники собрания одобрили тему моей докторской диссертации, несмотря на намеки проф. В.Е.Рожнова, не делать этого. Здесь сработали старые обиды, которые нес внутри себя каждый из участников собрания. Проф. Рожнов за время безраздельного господства на кафедре каждому из сотрудников нанес тот или иной чувствительный удар по самолюбию, особенно это касается докторских диссертаций. И, конечно, сотрудники, наконец, узрели возможность ответить, не таясь, на эти обиды. Проф. Рожнову ничего не оставалось делать, как рекомендовать тему к утверждению.

21 марта 1995 года на Большом Ученом Совете Российской медицинской академии последипломного образования было утверждено название докторской диссертации. Потянулись месяцы обработки материалов и написание статей, пособий для врачей по теме докторской диссертации. На кафедре все шло своим чередом. Проф. Рожнов интриговал, на собраниях все время делал вид, что меня нет, но и я присутствовал на собраниях “в виде шкафа”. Но всегда присутствовал. Отвечал на нападки только тогда, когда доставали своим приставанием по поводу моей докторской диссертации.

28 февраля 1996 года ректор нашей Академии проф. Л.К.Мошетова под мою докторскую диссертацию объявила конкурс на должность доцента кафедры психотерапии. Проф. Рожнов тут же предложил И.С.Павлова на должность доцента. И пошла писать губерния. Несколько раз собиралась кафедра, и ничего не решалось. В конечном итоге, к июню месяцу, проблема доценства, так и не была решена. Конкурс на доцентскую должность на нашу кафедру пропадал.

Вот примерное соотношение голосов на кафедре психотерапии одного из собраний.

Выписка из Протокола Совещания:

2 апреля 1996 г.

Присутствовали: И.о. заведующего кафедрой, проф. В.Е.Рожнов, доценты: В.П.Колосов, Ю.Л.Покровский, А.С.Слуцкий, М.Е.Бурно; ассистенты: В.Е.Смирнов, И.С.Павлов, Б.Е.Егоров; с.н.с. Ю.В.Мельников...

Рекомендуют асс. И.С.Павлова на должность доцента – 3 (проф. В.Е.Рожнов, доц. В.П.Колосов, доц. А.С.Слуцкий)

Рекомендуют асс. Б.Е.Егорова на должность доцента - 1 (асс. В.Е.Смирнов)

Воздерживаются из-за невозможности выявить приоритет одного из двоих - 1 (доц. Ю.Л.Покровский)

Рекомендуют на место доцента обоих – асс. Б.Е.Егорова и асс. И.С.Павлова - 1 (с.н.с. Ю.В.Мельников)

Воздержались рекомендовать на место доцента и асс. И.С.-Павлова, и асс. Б.Е.Егорова – 1 (доц. М.Е.Бурно).

Председатель собрания проф. В.Е.Рожнов – подпись.

Секретарь, доц. М.Е.Бурно – подпись.

Вот некоторые высказывания участников собрания:

“...Доц. А.С.Слуцкий. Это первый раз за все время у нас такое. Нам нужно сделать так, чтобы оба стали доцентами. Нарушины наши этические позиции: надо выбирать. Я рекомендую И.С.Павлова, поскольку работает в области психотерапии наркологии и долго работает на кафедре, и у него более эмоциональное восприятие (развивает эмоционально-стрессовую психотерапию – направление кафедры). Предлагаю Егорову снять свою кандидатуру, а нам всем вместе добиться, чтобы было еще одно место доцента, трансформировать еще одну единицу.

Ст. научный сотрудник Ю.В.Мельников. Надо проголосовать, а голосование сделать тайным.

Проф. В.Е.Рожнов. Это не предусмотрено – все высказываются открыто.

Ст. научный сотрудник Ю.В.Мельников. Тогда воздержусь.

Проф. В.Е.Рожнов. Но у Вас же есть мнение о Павлове.

Ст. научный сотрудник Ю.В.Мельников. Но я не хочу попадать в мясорубку...

Проф. В.Е.Рожнов. У нас на кафедре за 30 лет существова-

ния такая ситуация впервые. Я виноват в том, что на этой наркологической базе нет еще доцента. Алкоголизм – проблема номер один, государственная проблема. И раз есть ассистент, который 25 лет занимается алкогольной проблематикой, работает в этой области и научно, и педагогически, он должен стать доцентом. И.С.Павлов не уклоняется от определенного совещания с врачами по поводу больных. Научная проблема доцентура не на первом месте – работа Б.Е.Егорова над докторской диссертацией тут не главное. Мое мнение: считаю, что доцентское место должен занять И.С.Павлов. И главный врач и врачи З ПБ хорошо отзываются об И.С.Павлове. А сказать, что оба конкурсанта подходят или не подходят – это, значит, уйти от ситуации.

Председатель – подпись. Секретарь – подпись”.

Кроме того, в промежутках между собраниями, ко мне подходили и уговаривали снять добровольно свою кандидатуру, при этом обещали “золотые горы”. И если бы я не проходил в свое время “университеты” у доц. Слуцкого, наверное, я и снял бы свою кандидатуру, учитывая, что главное для меня в тот период была докторская диссертация. Но, поскольку, это мы уже проходили и в результате ничего не получили, необходимо было стоять на своем.

В конечном итоге последнее собрание было проведено 12.06.1996 года в присутствии декана терапевтического факультета. Там я впервые в присутствии декана высказал, что мне мешают защищаться, постоянно вставляя палки в колеса. Все, потупив взор, не смотрели не на меня, не на декана. В результате голосование вышло следующим:

1. “Просить Ученый Совет избрать на вакантное место доцента кафедры психотерапии – асс. И.С.Павлова – 1; В.Е.Рожнов, зачеркнуто Ю.В.Мельников.

2. Асс. Б.Е.Егоров – 1; асс. В.Е.Смирнов.

3. Просить отклонить конкурс (и просить в будущем несколько ставок доцентов) – 3; В.П.Колосов, М.Е.Бурно, Ю.Л.Покровский.

Председатель – декан терапевтического факультета – подпись.

Секретарь – подпись”.

В середине апреля 1996 года я начал активную деятельность по защите докторской диссертации. В первую очередь нужно было пройти внутреннюю аprobацию в Академии. 15.04.1996 г. я позвонил заведующему кафедрой детской психиатрии проф. Ю.С.Шевченко и договорился о первичной аprobации на 26.04.1996 г. в 12.00 на кафедре в 6-ой детской психиатрической больнице. 17.04.1996 года на заседании кафедры объявил о первичном заслушивании докторской диссертации.

Сотрудники кафедры в полном составе, кроме асс. Смирнова, наотрез отказались от рецензирования, мотивируя это тем, что это не их уровень. Под руководством проф. Рожнова, который набросился с нападками на диссертанта и на русский вариант психоанализа, долго рассуждал об отсутствии этого варианта, хотя, признавал, что существует французская, английская и американская школы психоанализа. Восхвалял Павлова И.С. в связи с объявленным конкурсом на доцентское место. Закончилось заседание кафедры решением не заметить первичное заслушивание.

Одновременно, повезло, поскольку проф.

Ю.С.Шевченко уехал 16.04.96 г. в командировку, и телефонное право остановить первичное прослушивание не реализовалось.

Были назначены рецензенты: доцент кафедры детской психиатрии Полякова Н.Е., ассистент Смирнов В.Е. и проф. Белкин А.И.

26.04.96 г. Проведено первичное прослушивание на кафедре детской психиатрии РМАПО. Председатель - проф. Шевченко, секретарь – Н.П.Захаров. Присутствовали представители 5 кафедр разных институтов и сотрудники 6-й больницы.

П Р О Т О К О Л

совместной научной конференции Кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, Кафедры психотерапии с курсом сексопатологии, Кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения, Кафедры наркологии Российской Медицинской Академии последипломного образования и Кафедры психиатрии Российского Государственного Медицинского Университета им. Н.И.Пирогова, посвященной первичному заслушиванию докторской диссертации кандидата медицинских наук, ассистента кафедры психотерапии с курсом сексопатологии РМАПО - ЕГОРОВА Бориса Ефимовича на тему: «Психоаналитически-ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных психических расстройств»

26 апреля 1996 года

Присутствовали: Заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, доктор медицинских наук Ю.С.Шевченко; заведующий кафедрой наркологии РМАПО, доктор медицинских наук, профессор Ю.В.Валентик; доцент кафедры психотерапии с курсом сексопатологии РМАПО, к.м.н. В.П.Колосов; доценты кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО: к.м.н. Н.Е.Полякова, к.м.н. В.Н.Мамцева; ассистенты кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: к.м.н. Е.И.Баздырев, к.м.н. Н.П.Захаров, к.м.н. Л.Ю.Данилова; ассистенты кафедры психотерапии с курсом сексопатологии РМАПО к.м.н. В.Е.Смирнов, к.м.н. Б.Е.Егоров; старшие научные сотрудники группы ЦНИЛ при кафедре психотерапии с курсом сексопатологии РМАПО к.м.н. Ю.В.Мельников, Ю.В.Колбасин; ассистенты кафедры психиатрии РГМУ им. Н.И.Пирогова, к.м.н. А.А.Портнова, к.м.н. А.А.Гериш; доцент кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения РМАПО, к.м.н. Ю.П.Бойко; действительный член Русского психоаналитического общества В.А.Осипов; аспиранты: Г.З.Батыгина - НИИ психиатрии ГНЦ психиатрии и наркологии, Е.А.Зубова – кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО; заместители главного врача по лечебной части: В.Ф.Вышлов - психотерапевтическая поликлиника № 223 г. Москвы, Б.Л.Ширехер - 6-я Детская психиатрическая больница г. Москвы; врачи-ординаторы: Е.В.Астафьев, В.А.Перетягин - 6-я Детская психиатрическая больница г. Москвы; Н.А.Лопушанская, М.С.Жукова - ординаторы кафедры психотерапии с курсом сексопатологии РМАПО; Б.З.Драпкин - главный детский и подростковый психотерапевт г. Москвы и Московской области. Всего присутствовало – 25 человек, из них докторов наук - 2 человека, кандидатов наук - 12 человек.

Председатель - заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, доктор медицинских наук Ю.С.Шевченко.

Секретарь - ассистент кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, кандидат медицинских наук Н.П.Захаров.

Председатель конференции д.м.н. Ю.С.Шевченко - Сегодня мы собрались в таком представительном составе для того, чтобы заслушать первичное сообщение по докторской диссертации ассистента кафедры психотерапии с курсом сексопатологии РМАПО к.м.н. Бориса Ефимовича Егорова на тему: «Психоаналитически-ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных психических расстройств», научный консультант

доктор медицинских наук, профессор Ю.В.Валентик. Предварительно были назначены три рецензента: президент Русского психоаналитического общества, доктор медицинских наук, профессор А.И.Белкин; доцент кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, к.м.н. Н.Е.-Полякова и ассистент кафедры психотерапии с курсом сексопатологии РМАПО, к.м.н. В.Е.Смирнов. Рецензентам была представлена возможность, ознакомиться с текстом докторской диссертации и первичным материалом по работе ассистента Б.Е.Егорова. Прошу вас выслушать его доклад о проделанной работе и о тех теоретических и практических позициях, которые к.м.н. Б.Е.Егоров собирается защищать в будущем...

...
Председатель - д.м.н. Ю.С.Шевченко: Резюмирую общее мнение участников конференции. С учетом мнения рецензентов: профессора А.И.Белкина, доцента Н.Е.Поляковой и ассистента В.Е.Смирнова, а также мнений, высказанных участниками обсуждения результатов исследования к.м.н. Б.Е.Егорова можно заключить следующее:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Докторская диссертация ЕГОРОВА Бориса Ефимовича на тему: «Психоаналитически ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных психических расстройств» является законченной самостоятельной научно-исследовательской работой, открывающей новое направление в психотерапии – психоаналитически ориентированные методы исследования и лечения, больных с пограничными психическими расстройствами. Работа выполнена на высоком профессиональном уровне, имеет научно-практическое значение и показывает высочайшую эрудицию автора.

Соискатель Б.Е.Егоров является высококвалифицированным психотерапевтом, показавшим свои способности в научной, педагогической и практической деятельности.

С учетом практической деятельности, научной и педагогической зрелости Б.Е.Егорова, межкафедральная научная конференция рекомендует его докторскую диссертацию «Психоаналитически-ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных психических расстройств» к официальной апробации в Ученый Совет по докторским диссертациям одного из научных или учебных институтов МЗ и МП РФ.

Принято единогласно.

Председатель

Заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, доктор медицинских наук
Ю.С.Шевченко

Секретарь

Ассистент кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, кандидат медицинских наук
Н.П.Захаров

Июнь – август прошел в написание текста диссертации и подготовке клинического материала. 6 сентября 1996 года Российская Медицинская Академия последипломного образования еще раз объявляет конкурс на место доцента кафедры психотерапии, уже 2 ставки. Собирается кафедра и выносит следующее решение.

П Р О Т О К О Л
совещания сотрудников кафедры психотерапии по поводу открытого конкурса на должность доцента
(2 ставки) кафедры психотерапии

8 октября, 1996 г., г. Москва

ПРИСУТСТВОВАЛИ: И.о. заведующего кафедры проф. В.Е.-Рожнов, доц. В.П.Колосов, доц. Ю.Л.Покровский, доц. М.Е.-Бурно, асс. И.С.Павлов, асс. Б.Е. Егоров, ст. научный сотрудник Ю.Л.Мельников. Председатель совещания проф. В.Е.Рожнов Секретарь доц. В.П.Колосов.

Проф. В.Е.Рожнов. Шестого сентября был объявлен конкурс на 2 места доцента по нашей кафедре. На два места доцента подали заявления два наших сотрудника асс. И.С.Павлов и асс. Б.Е.Егоров. 6 октября конкурс закончился. Прошу высказать свое мнение.

Доц. М.Е.Бурно предлагает претендентам коротко рассказать о себе в связи с настоящим конкурсом.

Асс. И.С.Павлов рассказал о том, что занимается психотерапией алкоголизма, читает лекции, хороший контакт с базой. Работает над методическим письмом о психотерапии алкоголизма.

Доц. М.Е.Бурно (вопрос к асс. И.С.Павлову) Не было ли замечаний курсантов по поводу лекций?

Асс. И.С.Павлов. Не было.

Доц. Ю.Л.Покровский. (Вопрос к асс. И.С.Павлову) Консультируете ли сложных больных в отделениях вместе с врачами больницы?

Асс. И.С.Павлов. Консультирую с письменной записью в истории болезни, помогаю в сложных случаях.

Асс. Б.Е.Егоров. На кафедре с 1983 года. Защищил кандидатскую диссертацию в 1988 году. В 1995 году на Ученом Совете РМАПО утверждена тема моей докторской диссертации по аналитической психотерапии пограничных психических расстройств. Преподаю врачам-курсантам эту тему и классические темы по психотерапии. Диссертация в стадии завершения. Считаю внедрение психоанализа в психиатрию главной целью своей работы. Опубликовано 15 статей, две монографии, методические рекомендации по теме диссертации. Написано пособие для врачей, которое проходит бюрократическую проверку в МЗ МП РФ. Замечаний со стороны курсантов не было, их интерес к психоанализу растет. Консультирую больных в 12 ПБ. Нареканий со стороны врачей клинической базы не было.

Вопросов к асс. Б.Е.Егорову нет.

ОБСУЖДЕНИЕ

Доц. В.П.Колосов - Рекомендую обоих кандидатов, поскольку они оба зарекомендовали себя достойными занятиями должности доцента кафедры психотерапии.

Доц. Ю.Л.Покровский - Оба кандидата достойны, занять место доцента кафедры психотерапии. Рекомендую обоих асс. И.С.Павлова и асс. Б.Е.Егорова.

Доц. М.Е.Бурно. Оба кандидата выстрадали свое право занять должности доцента кафедры психотерапии. По человечески, хорошо отношусь к обоим кандидатам, и, исходя из личностных отношений, рекомендую асс. И.С.Павлова и асс. Б.Е.Егорова на вакантные должности доцентов кафедры.

Ст. научный сотрудник Ю.В.Мельников - Рекомендую обоих кандидатов на вакантные должности доцентов кафедры.

Проф. В.Е.Рожнов - Резюмируя вышеизложенное сотрудниками кафедры психотерапии, присоединяю свой голос за обоих кандидатов на вакантные должности доцентов кафедры. Просим Ученый Совет поддержать решение кафедры об избрании асс. И.С.Павлова в должности доцента психотерапии и асс. Б.Е. Егорова в должности доцента кафедры психотерапии РМАПО.

Председатель совещания,

и.о. заведующий кафедрой, проф.

Секретарь, доц.

В.Е.Рожнов

В.П.Колосов

По конкурсу избрали асс. Павлова и асс. Егорова. Таким образом, почти год, длящийся конфликт вокруг ставки доцента кафедры закончился. В конце 1996 года издал за собственный счет пособие для врачей "Психоаналитически ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств". - М., 1996. - 48 с.

В этот период возбудился старший лаборант Бойко. Везде ходил, бегал и всюду выкрикивал лозунг: "Я закрою кафедру психотерапии", "всех уволю". Странный был этот старший лаборант Бойко, и мыслил как старший лаборант, и действовал, исключительно, как старший лаборант.

5 декабря 1996 года начался штурм цитадели ортодоксальной советской психиатрии – ВНЦПЗ – все-союзный научный центр психического здоровья. В 16.30 ректор Академии Л.К.Мошетова позвонила директору ВНЦПЗ академику Тиганову с просьбой принять доцента Егорова и внимательно отнестись к его просьбе.

Почему меня туда понесло не понятно, профессор Ю.В.Валентик предупреждал о бесполезности обращения в эту инстанцию. Однако я настоял на своем, мотивируя это тем, что Тиганов зав. кафедрой нашей академии, и своим он может сделать. Но, видимо, это были издержки идеализма. На своих как раз и оттягиваются по полной программе по старой советской привычке, чтобы чужие боялись. Здесь уместно вспомнить высказывание Будды – "Если было можно было достичь совершенства и освобождения от уз, привязывающих человека к земле, только отказом от мясной пищи и человеческих условий, то слон и корова давно достигли бы его".

9 декабря в понедельник в 13.10. пришел в отделение ВНЦПЗ к Этери Брониславовне Дубницкой. Приняла меня очень доброжелательно, но ничего обещать не пыталась, понимая, что решает не она. Но я благодарен Этери Брониславовне, единственному специалисту в ВНЦПЗ доброжелательно отнесшемуся к моему делу. В момент разговора с Дубницкой заскочил хмурый и напряженный Смулевич, что-то хмыкнул, мрачно поздоровался, постоянно подозрительно оглядывая меня с ног до головы, ничего не сказал и ушел.

Вспомнилась Школа молодых ученых в Суздале, когда Смулевич декларировал идеи об ипохондрии здоровья и шизофрении без признаков шизофрении. С этого момента я вдруг начал осознавать в какую психиатрическую клоаку я попал. Но, деваться было некуда и решил идти до победного. Будь что будет.

Пролетело время в оформлении диссертации, и 27 декабря 1996 года в 12.00 я встретился с А.С.Тигановым, передал методические рекомендации по рисуночным методикам и пособие для врачей по психоаналитически ориентированной терапии. Хмуро побеседовав со мной, академик А.С.Тиганов мрачно сказал "Вся Москва называет, Мошетова и др., принесите диссертацию и я отдаю ее Тхостову". По его тону я понял, это - конец, но, влезши в это дело надо пройти путь унижения до логического окончания, чтобы осознать всю низость советской психиатрии.

30 декабря 1996 г. отдал докторскую диссертацию секретарю Тиганова, Галине Александровне, которая обещала в 14.00 отдать Тиганову, поздравил ее с наступающим Новым Годом и поблагодарил за участие. Надо отдать должное, что люди, не обремененные званиями и постами, всегда доброжелательно относились к моей работе, участвуя, кто как может, на своем месте. За что я всем благодарен и без их моральной поддержки вряд ли моя работа состоялась.

31 декабря 1996 года приехал в 13 ПБ в Наркокультурный центр к моему научному консультанту, профессору

Ю.В.Валентику. Он сразу же сказал о крайне неблагоприятном мнении Тиганова, который везде говорит об отсутствии “кирпича” диссертации. “Вся Москва звонит ему, а “кирпича” (диссертации) нет”. Как мог Юрий Владимирович успокаивал меня, повторяя все время одну фразу, – «докторская диссертация – это политика, умение интриговать, и интеллектуально переигрывать противника».

Справив мрачный Новый Год, 5 января 1997 года, в 12.30 позвонил секретарю Тиганова, и узнал, что он отдал диссертацию Тхостову. Зная, что Тхостов учился у французских психоаналитиков, у каких не понятно, но все-таки чему-то учился, и я попытался найти выходы на него.

5 января 1997 г. в 14.45 приехал к проф. Белкину на Арбат в Русское психоаналитическое общество, пожаловаться на судьбу и найти выходы на Тхостова. На мое счастье там оказалась Лукомская Марина Иосифовна (французский психоаналитик), и я попросил ее попытаться найти Тхостова и объяснить, что я хороший человек. Не знаю, дозвонилась ли она, но ощущение такое было, что все уже предопределено и звони, не звони, результат отрицательный.

10 января в 14.30 позвонил Тхостову, узнал, что отзыв негативный, и договорились встретиться в ВНЦПЗ.

13 января 1997 года 12.45, ВНЦПЗ, беседа с Тхостовым.

Отзыв негативный – “...методологически невыдержанная работа, много ошибок, повторов и т.п.

Нет новизны. И, вообще - это не ново: лечить психотерапией больных.

Плохая теория потому, что я ее не признаю.

Не пройдет по критериям института, так как это принято директором института Тигановым и Смулевичем. Нет контрольных групп, нет отработки критериев.

Форма недостаточно выработана.

Необходимо переделать многие факторы.

И, вообще, психотерапия есть и все, она помогает, так и шаманы тоже помогают.

За последние 50 лет нет подобной теории. И, вообще, я против объединения суггестии и психоанализа. Я за классический метод...”

Вдруг неожиданно посреди разговора Тхостов начал экскурс в теорию Альфреда Адлера. Потом на протяжении беседы трижды подчеркнул, что не участвует в интригах.

Долго намекал на Ленинград, что надо там защищаться, и только там, больше нигде. Я сказал, что все равно подам диссертацию, и что он не имел право писать “черную рецензию”, поскольку он доктор психологических наук, а диссертация по медицине. Вот здесь он совсем смешался, и сказал идти к Тиганову. Я пребывал в гневе, закусил удила и пошел к Тиганову.

13.01.1997 г. 13.45. Прием у Тиганова.

А.С.Тиганов сказал, что он полностью доверяет Тхостову, мы долго с ним беседовали, и он высказал отрицательное мнение. На вопрос, для чего Тиганов подставил “черного рецензента”, он эмоционально

вскинулся и по-простецки удивленно спросил: “А что это ...?”. Я понял, что разыгрывают дурочку, и пошел ва-банк: “А я все равно подам в ваш институт, имею полное моральное право”. Вот тут он густо побагровел, и вид у него стал очумелый от такой наглости какого-то доцента кафедры психотерапии. Тогда я начал его добивать методически. На вопрос о психологе и медицинской диссертации Тиганов ответил, что Тхостову доверяет, и он обязательно будет одним из оппонентов. Тогда я сказал, что медицинскую диссертацию имеют право рецензировать только доктора медицины. На что Тиганов ответил, что все равно эта рецензия будет присутствовать. И я решил на последний аккорд, все равно погибать, так с музыкой. “А если отдать диссертацию Боброву или Воробьеву?”. Вот тут он окончательно выходит из себя, начинает морщиться, потихоньку “надуваться”, и я понял, что пора ретироваться. Поблагодарил и вышел из кабинета. Но вот какие принципиальные, “спёрли” методические рекомендации и пособие для врачей.

После этого, медленно, но верно стал погружаться в печаль и меланхолию. Собираю себя в “кулак”, прихожу в среду 29.01.1997 года в 10.30 к проф. Валентику в 13 ПБ. Начинает меня успокаивать, проверив бумагу рецензии, говорит, что отзыв фальсифицирован, поскольку совершенно разный шрифт на первых двух страницах и последней. Одним словом – успокоил. Правда, неожиданно спросил, чем я так напугал Тиганова, т.к. на следующий день после разговора со мной, он пришел к ректору и долго беседовал с ней, хотя довольно давно в Академии вообще не появлялся. Я подробно описал встречу с Тхостовым и Тигановым. Профессор Валентик пожурил меня и сказал, чтобы я так не “наезжал” на уважаемых людей, а то все испортим. На этом встреча закончилась.

31.01.1997 г., 13.30 приехал на Арбат к профессору Белкину в Русское психоаналитическое общество за поддержкой, повторно попросил его стать моим научным консультантом. Но в ответ услышал уклончивый отказ, и впервые начались прямые распросы, где фигурировала тема прихода проф. Александровского на кафедру психотерапии и ее переименование. Проф. Белкин посоветовал идти защищаться в Санкт-Петербург. Высказал предположение, что Москва будет для меня полностью заблокирована. Высказал идею, что проф. Александровский его очень близкий знакомый, и все равно надо идти защищаться в Санкт-Петербург.

Услышав все это, разработал план, состоящий из основной и отвлекающей целей. Первый московский медицинский институт стал отвлекающей целью, институт им. Бехтерева – основной целью. В рамках разработанной программы начал дымовую завесу с Первым медицинским институтом и, втихаря, начал наводить мосты с Санкт-Петербургом. В госпитале им. Бурденко несколько хороших знакомых дозвонились до заведующего кафедрой психиатрии ВМА и подготовили почву.

06.02.1997 года позвонил в Санкт-Петербург,

зав. кафедрой В.В.Нечипоренко и описал ему сложившуюся ситуацию. Он долго выспрашивал меня, сказал что ситуация сверхсложная, дал добро, но оговорил условия его участия. В принципе условия были приемлемые, и я попросил время подумать.

В это время в рамках докторской страды, усиливается борьба за место заведующего кафедрой психотерапии РМА. Борьба стала приобретать почти экстремистские очертания. Группа Рожнова - Колосова втихаря хотела переименовать кафедру, узнал я об этом случайно, и пришлось адекватно вмешаться. В борьбе со своим оппонентом проф. Рожнов готов был пойти на переименование кафедры психо-

терапии в кафедру пограничной психиатрии и психотерапии. Была организована бумага от Минздрава РФ за подписью чиновника Бедренец о переименовании и приходе на кафедру проф. Александровского. Этот вопрос был поставлен на Большой Ученый Совет РМА. Слухи ходили достаточно откровенные и все в растерянности спрашивали друг друга останутся ли они на кафедре. Было проведено собрание на кафедре, где почти все сотрудники кафедры под давлением проф. Рожнова приняли это за основу, меня на собрание не позвали. Я остро ощутил, что если не вмешаюсь, наступит конец всему, кафедре, моей докторской, моей научной карьере и российской психотерапии.

(Окончание в журнале «Вопросы ментальной медицины и экологии» т. 7 № 3)

ИТОГИ X ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА ПО ПСИХОТЕРАПИИ

Проф. В.В.Макаров

г. Москва

Летом 2001 года, с 27 июня по 4 июля в Москве, в Академии государственной службы при Президенте Российской Федерации проходил X Европейский конгресс по психотерапии. Конгресс организовала Профессиональная Психотерапевтическая Лига и Европейская Ассоциация Психотерапии. Стратегическим партнёром конгресса выступила Всемирная Организация Психотерапии. Впервые в Восточной Европе собралось сразу столько известных психотерапевтов из Австрии, Бельгии, Белоруссии, Болгарии, Великобритании, Германии, Израиля, Испании, Ирландии, Италии, Казахстана, Латвии, Литвы, Мальты, Нидерландов, Норвегии, Польши, Португалии, России, Румынии, США, Швеции, Швейцарии, Узбекистана, Украины, Югославии, Чехии, Франции, Эстонии. Впервые, в различных формах одного конгресса, на территории нашей страны участвовало 1350 человек. Впрочем, обо всём по порядку.

Х итоговой научной конференции европейской ассоциации Психотерапии предшествовали преконгрессы и съезд Профессиональной Психотерапевтической Лиги. Преконгресс российских психотерапевтов - Макарова В.В., Егорова Б.Е., Нарицына Н.Н. посвящался психотерапии в частной практике. Это недавно народившаяся и бурно развивающаяся у нас область имеет яркую российскую специфику. И два дня обсуждений и тренингов в заинтересованной аудитории оказались полезными для участников. Данная область представляет собой яркое воплощение самоорганизации психотерапии. Когда потребность общества вызывает к жизни формы организации, пока не обретшие законодательной основы. Широко известный чешский психотерапевт С.Кратохвил, популярный в нашей стране с семидесятых годов, свой преконгресс посвятил групповой супружеской психотерапии. Был показан яркий, авторский подход, демонстрирующий глубокие традиции семейной психотерапии в Центральной Европе. Кро-

ме того, именно С.Кратохвил, на протяжении всех дней участия в конгрессе, показывал глубину корней психотерапии стран Восточной Европы. И заставил задуматься многих, кто отсчитывает современную историю отечественной психотерапии только последними десятилетиями.

Особой популярностью пользовался преконгресс одного из основоположников трансперсональной психотерапии С.Грофа. Он собрал 150 участников. С.Гроф сообщил об истории, современном состоянии и будущем трансперсональной психологии и психотерапии. Автор рассматривает духовный кризис как ресурсное состояние человечества, а не проявление психопатологии. Впрочем, мы не будем подробно развивать эту тему, здесь ожидается ряд специальных публикаций.

Х итоговой научной конференции так же предшествовал съезд Профессиональной Психотерапевтической Лиги. Съезд заслушал отчётный доклад президента Лиги. Тезисы доклада были заблаговременно опубликованы в мировой сети Интернет и разданы делегатам съезда. После дискуссии, проведены выборы президента Лиги. Им на очередной, второй трёхлетний срок избран профессор В.В. Макаров.

Съезд обсудил вопрос о взносах Лиги. Рассматривались два предложения: Центрального Совета и Омского регионального отделения Лиги. В результате принято новое положение “О порядке оплаты вступительных и членских взносов в ППЛ” Оно публикуется отдельно.

Важно отметить, что съезд проходил в доброжелательной, деловой атмосфере. И подтвердил представление о том, что Профессиональная Психотерапевтическая Лига является крупнейшим на территории постсоветского пространства объединением единомышленников в области психотерапии и психологического консультирования. У Лиги есть все осно-

вания с оптимизмом смотреть в будущее!

В день открытия X итоговой конференции Европейской Ассоциации Психотерапии были прочитаны пленарные юбилейные лекции. С.Гроф, которого в этот день поздравляли с 70-летием, прочитал лекцию “Психология будущего: уроки современного исследования сознания” Б.Д.Карвасарский, которого так же поздравляли с 70-летним юбилеем, заявил лекцию: “Психотерапия в России: история и современность”. По просьбе юбиляра, лекцию на эту тему прочитал профессор из Санкт-Петербурга М.М.Решетников. И третью лекцию, озаглавленную: “Психотерапия Нового Века”, прочитал В.В.Макаров.

Каждый день на конференции читались три пленарные лекции. Уже сами их названия говорят о преобладающих интересах европейской и Российской психотерапии. Так, А.Кассмент (Великобритания) прочитала лекцию на тему “Профессионализация психотерапии в Великобритании”; А.Притц (Австрия) “Европа и психотерапия - что это для нас значит?”; С.Гингер (Франция) “Эволюция психотерапии в Западной Европе”; Кристина Гроф (США) “Жажда целостности: наркомания и духовный путь”; С.Кратохвил “Групповая психотерапия”. А пленарные лекции ведущих отечественных специалистов отображали доминирующие интересы Российской психотерапии. Ю.В.Валентик прочитал лекцию “Психотерапия зависимостей в XXI веке”; Ю.В.Завьялов “Интегративная психотерапия” и М.Е.Бурно “Клиническая психотерапия”. Пленарные лекции встречены с большим интересом и остаётся надеяться, что их полное изложение в ближайшие месяцы будет опубликовано в профессиональных изданиях.

Большой интерес вызвал круглый стол, посвящённый законодательствам в области психотерапии. Каждый из трёх ведущих А.Кассмент (Великобритания), А.Л.Катков (Казахстан) и А.Притц (Австрия) сообщили о законотворчестве в области психотерапии в их странах и других государствах Европы. А.Кассмент сосредоточилась на важных деталях создания законодательства по психотерапии в Великобритании. А.Л.Катков сообщил о работе над аналогичными законами в Казахстане и Российской Федерации. А.Притц сообщил, что в 7 странах Европы уже приняты законы, регулирующие психотерапевтическую деятельность. Наиболее разрешительный из них принят в Италии. Там все врачи психиатры могут заниматься психотерапией. В Австрии имеется пакет из трёх законов, регулирующих занятие: психотерапией, клинической психологией, и консультативной деятельностью. Круглый стол показал, насколько различен опыт европейских государств в законотворчестве в области психотерапии и насколько важно для нас изучение опыта Западно-Европейских государств, прошедших, зачастую, длинный путь разработки, принятия и исполнения законодательств в области психотерапии и смежных областей.

Секционные заседания проходили при переполненных аудиториях. В числе самых больших секций важно назвать: Теорию психотерапии. Председатели: А.Л.Катков (Казахстан), Р.Кочюнас (Литва),

С.Миленкович (Югославия); две секции по онтопсихологии:

Секция 1. “Онтопсихология: методы и инструменты” Председатели: В.Дмитриева (Россия), П.Бернабей (Италия);

Секция 2. “Онтопсихологическая психотерапия, политика, лидерство”.

Секцию Трансперсональной психотерапии. Председатели С.Гроф (США), В.В.Майков (Россия).

И секции Методов психотерапии. Председатели: М.Е.Бурно (Россия), Х.Пезешкиан (Германия).

По работе каждой из названных секций мы ожидаем специальные публикации в профессиональных изданиях. Много заинтересованных слушателей и докладчиков собрали секции: Психодинамической психотерапии. Председатели: Егоров Б.Е. (Россия), Решетников М.М. (Россия), К.Краузе-Гирт (Германия); Семейной системной психотерапии. Председатель: А.Я.Варга (Россия).

Впервые на конференциях Профессиональной Психотерапевтической Лиги отдельными секциями были представлены: Гештальт-терапия, председатели: С.Гингер (Франция), Н.М.Лебедева (Россия), Федорус И.В. (Россия), и Когнитивная психотерапии, председатель: А.Б.Холмогорова (Россия). Так же, впервые, в таком большом объёме была представлена сексология. В этой области было заявлено две секции: Сексология, председатели: Н.Ю.Лурина (Россия, Австрия), М.Магнан (Франция); и Клиническая сексология, председатели: Н.Д.Кибрик (Россия), Агарков С.Т. (Россия), М.Магнан (Франция), Щеглов Л.М. (Россия).

Неподдельный интерес вызвали и, традиционные для наших конференций, секции, такие как: Организация психотерапии, председатели: Б.А.Казаковцев (Россия), Д.Каммер (Германия); Психотерапия при зависимостях, председатели: Ю.В.Валентик (Россия), В.А.Галкин (Россия), Э.МакХэл (Ирландия); Интегративная психотерапия, председатели: В.Ю.Завьялов (Россия), А.В.Шаффан (Бельгия); Психотерапия детей и подростков, председатели: А.В.Лактионова (Россия), В.Цимпрайх (Австрия), Ю.С.Шевченко (Россия); Трансактный анализ, председатели: В.Е.Гусаковский (Россия), Дж.МакНамара (Великобритания), Г.А.Макарова (Россия); Психотерапия в экстремальных ситуациях Председатели: И.В.Боев (Россия), Е.В.Лопухина (Россия); Телесно-ориентированная психотерапия, председатели: Л.С.Белогородский (Россия), И.Кренц (Голландия).

Современная психотерапия столь многообразна, что далеко не все доклады могли быть адресованы на определённые секции. Поэтому и была организована специальная секция Докладов, не вошедшие в отдельные секции председатели: Н.М.Лаврова, (Россия), А.Ш.Тхостов (Россия), А.Фрэсс (Франция).

Вызвали неподдельный интерес и новые, рождающиеся формы отечественной психотерапии, такие как: Холодинамическое консультирование и психотерапия, председатели: Л.П.Хохлова (Россия), Ю.И.Шацких (Беларусь) и Инициатическая психотерапия, председатели: Каширин В.П.

(Россия), А.Запорожченко (Россия), В.И.Яценко (Россия),

В центре внимания большинства участников конференции, оказалось новое для нас направление психотерапии, развивающееся в Италии - София – Анализ, председатель: Б.Бонвиччи (Италия). Он, в частности, даёт способ жить, преодолевая боль, радуясь каждому мгновению жизни.

Кроме пленарных и секционных заседаний участники конференции могли принять участие в тренингах и выбрать из 22 предложенных коротких тренингов. А после завершения конференции тренинг Т.Цишкович (Австрия) - От симптома к системе - семейное консультирование и психотерапия методом Берта Хайлингера.

Участие в работе конференции облегчалось подробными программами на русском, английском и немецком языках. Кроме того, до конференции был издан сборник резюме докладов, где каждый выступающий имел возможность поместить своё резюме на русском, английском, французском и немецком языках.

Такая большая конференция, конечно же, имела свои проблемы и недостатки. К ним можно отнести не всегда качественный перевод на секциях. И то, что некоторые заявившиеся специалисты не участвовали в конференции.

На конференции, конечно же, прозвучали не все методы психотерапии, нашедшие распространение в Европе. Их, по данным известного профессора психотерапии из Бельгии Вилли Шаффрана, более 400. У нас впереди много встреч!

В общем, можно уверенно заключить, что X Европейский конгресс по психотерапии окажет выраженное влияние на нашу специальность в России и Европе, в целом!

А впереди у нас 25 - 26 мая 2002 года международная конференция "Психотерапия Европы - Психотерапия Азии", Москва, Россия.

27 - 28 мая 2002 года общероссийская конференция по психологическому консультированию, Москва, Россия.

14 - 18 июля 2002 года III Всемирный конгресс по психотерапии, Вена, Австрия, Европа.

ИНФОРМАЦИЯ О III МИРОВОМ КОНГРЕССЕ ПО ПСИХОТЕРАПИИ

Проф., доктор А.Приц

г. Вена, Австрия

Мировой Совет по Психотерапии – МСП
14 – 18 июля 2002 года, Вена – Австрия – Европа

Добро пожаловать!

Добро пожаловать на III Мировой Конгресс по Психотерапии в Вене. В очередной раз мы ожидаем около 4000 участников и многих известных во всем мире экспертов из разных уголков света, как, например: Д.Стерна, Ф.И.Симона, Р.Боудена, Л.Чиомпи, М.Элкэйма, С.Фрейд, Ж.Галтунга, Дж.Гриндера, С.Грофа, А.Груена, С.Женсена, Ст.Менцоса, И.Хэнди, Е.Жагги, С.Н.Маду, Киян Минги, А.Самуэлса, И.Сазаки, Х.Фернандеса Алвареса, В.Макарова, Ж.Уилли и других

В центре нашего внимания будут стоять эмоциональные и технические сложности глобализации, и мы попытаемся обменяться стратегиями лечения и обучения, существующими на пяти различных континентах. Кроме того, мы предложим вам возможность прекрасно провести время, как, например, посетить историческую Вену, "Фрейд-коктейль" в музее З.Фрейда, Летний бал в Ратуше (организованный мэром Вены), вечер в Опере и многое другое. МСП предлагает ряд пре-конгрессов/семинаров 13 июля 2002 (пожалуйста, запрашивайте дополнительную информацию) по различным психотерапевтическим модальностям и специальным темам.

Во второй раз город Вена предлагает международную премию Зигмунда Фрейда (25000 евро). За более детальной информацией обращайтесь на наш

сайт в интернете: www.worldpsyche.org

Также, состоится специальный симпозиум посвященный столетию Карла Роджерса.

ТЕМЫ

Агрессия/ управление агрессией

Алкоголизм

Альцгеймера болезнь и другие эмоциональные нарушения людей преклонного возраста

Аналитическая психотерапия К.Г.Юнга

Аутизм

Аутогенная тренировка

Базовые вопросы бытия и роль духовности

Бихевиоральная терапия

Биоэнергетика

Биологическая обратная связь	Нарциссизм
Телесная психотерапия	Национальные и международные этические правила
Пограничные расстройства	Негативные терапевтические реакции
Сертификация в обучении психотерапии	Нейро-лингвистическое программирование (НЛП)
Смена терапевтов	Новые способы коммуникации между поколениями
Хронические боли	Новая семья
Клиент-центрированная психотерапия К.Роджерса	Новые заболевания
Сравнение законов о психотерапии	Новые методы в психотерапии
Сравнение различных школ психотерапии	Новые области работы
Компьютерные технологии и психотерапия	Неврозы навязчивости
Последствия нацизма и расстройства личности	Исследование результатов
Сотрудничество с другими профессиями	Партнерство и брак – межкультурное сравнение
Критерии тренинговой терапии	Расстройства личности
Дизайн анализ	Позитивная психотерапия
Депрессии	Посттравматические расстройства
Диалог школ психотерапии	Типы профессиональных организаций психотерапии и психотерапевтов
Нарушения детского и подросткового возраста	Психотерапия в Восточной Европе
Наркотическая и другие зависимости	Психодиагностика
Пищевые зависимости/ нервная анорексия/ буле- ния	Психодрама
EMDR	Психодинамика
Оценка/ сравнение эффективности	Психодиагностика
Психотерапия “доказательств” и психотерапия “модальности-переживания”	Психодиагностика
Эзистенциальный анализ	Психодиагностика
Экстремизм	Психодиагностика
Страх полетов	Психодиагностика
Страхи/ панические атаки/ фобии	Психодиагностика
Области деятельности психотерапевта	Психодиагностика
“Фокусинг” (фокусирование)	Психодиагностика
Генные технологии и эмоции	Психодиагностика
Глобальная психотерапия	Психодиагностика
Групповой психоанализ	Психодиагностика
Групповая психотерапия	Психодиагностика
Медицинское страхование и другие модели финансирования	Психодиагностика
Гипноз	Психодиагностика
Личность и идентификация психотерапевта	Психодиагностика
Образы мужчины и женщины – их влияние на психотерапию	Психодиагностика
Психотерапия направляемой визуализации	Психодиагностика
Индивидуальная психология А.Адлера	Психодиагностика
Интегративная гештальт терапия	Психодиагностика
Интегративная психотерапия	Психодиагностика
Взаимодействие психофармакологии и психотерапии, психотерапевтов и врачей.	Психодиагностика
Сравнение критериев приема на обучение психотерапии в разных странах.	Психодиагностика
Сравнение обучающих программ разных стран	Психодиагностика
Интернет коммуникация	Психодиагностика
Отсроченные последствия геноцида	Психодиагностика
Логотерапия	Психодиагностика
Одиночество/ совместность/ проблемы партнерства	Психодиагностика
Потеря детей	Психодиагностика
Маниакально-депрессивный синдром	Психодиагностика
Медитация	Психодиагностика
Миграция и межкультурные конфликты	Психодиагностика
Переживание горя	Психодиагностика
Множественные личности	Психодиагностика

Психотерапия с людьми пожилого возраста
Качественный контроль в психотерапии
Методы релаксации
Шизофрения
Секты и жертвы сект
Ощущения и потеря чувствительности
Нарушения сексуальной идентификации
Сексуальные расстройства
Краткосрочная и долговременная психотерапия
Расстройства сна
Соматические эмоциональные расстройства
Духовность
Самоубийство и попытки самоубийства
Супervизия
Системная семейная психотерапия
Как стать кандидатом для обучения
Жертвы пыток
Традиционное целительство/ шаманизм
Трансактный анализ
Трансперсональная психотерапия
Трансплантационная медицина
Жертвы фундаментализма и фанатизма

Специальные тарифы конгресса

Austrian Airlines, Tyrolean Airways и Lauda Air являются официальными перевозчиками нашего конгресса. Они предлагают наиболее частые рейсы между Австрией и другими странами.

Пожалуйста, свяжитесь с ближайшим к вам представительством выше обозначенных авиалиний или с туристическим агентством, где вы сможете получить подробную информацию о рейсах и ценах.

Как участник III мирового конгресса по психотерапии, 14-18 июля 2002 г., вы, и один сопровождающий вас человек, сможете приобрести билет по специальному тарифу в Austrian Airlines, Tyrolean Airways и Lauda Air (с возможными ограничениями). Пожалуйста, подтвердите, что вы участник конгресса с помощью вашей регистрационной формы и сошлитесь на код: CODE-WCP02. Если вы приобретаете билет в туристическом агентстве, попросите вашего агента связаться с офисами Austrian Airlines, Tyrolean Airways или Lauda Air.

Ответственность

МСП (Мировой совет по психотерапии) не несет ответственности за изменения в программе или ценах, произошедшим по причинам, не находящихся в сфере влияния организаторов (например, в связи с увеличением государственных налогов). МСП не несет ответственности за утерю или повреждения человека или объекта, независимо от причин произошедшего. Это не относится к ответственности за транспортировку и к ответственности других организаций, предоставляющих свои услуги. Бронирование гостиниц является услугой для участников конгресса. МСП не несет ответственности за непредоставленные услуги со стороны гостиниц, общежитий и принимающих семей, независимо от причин или природы недоставленных услуг. Сами участники несут ответственность за участие в конгрессе, тури-

тических поездках и культурных мероприятиях. Участники конгресса согласны с аудио и видео записью во время конгресса. Любые договоренности имеют силу только в письменном виде. Место обращения и рассмотрения – Вена, Австрия. Ставя свою подпись, вы принимаете условия участия, регистрации и отмены вашего участия, также вы авторизируете МСП использовать информацию регистрационной формы для электронной обработки. Информация может содержать опечатки и типографические ошибки.

Страховка

В случае отказа от участия за 30 дней до начала конгресса по причинам, указанным в страховке, будет возвращено 100% регистрационного взноса.

Медицинская страховка и страховка гражданской ответственности

8 дней – 17 евро
14 дней – 25 евро
31 день – 50 евро

Причины отказа от участия в конгрессе, указанные в страховке

Неспособность путешествовать по медицинским показаниям, подтвержденным лечащим врачом; смерть, несчастный случай или непредвиденная болезнь супруга(и), партнера, родителей, детей, родителей супруга(и), сестер или братьев, внуков, зятя или снохи участника; серьезное повреждение имущества участника в результате пожара, природных явлений или злоумышленного действия третьего лица, требующее его непосредственного и немедленного присутствия; невозможность начать или продолжить путешествие в связи с забастовками, внутренними беспорядками любого рода, природными катастрофами или эпидемией в месте проведения конгресса, что явным образом угрожает физической безопасности участника.

Страховая компания: Interunfall, место обращения и рассмотрения исков: Вена.

Регистрационная форма

Вышлите эту форму в Мировой Совет по Психотерапии

Rosenbursenstraße 8/3/7
A-1010 Vienna, Austria - Europe
Tel: (+43) 1 512 04 44
Fax: (+43) 1 512 05 70
Email: wcp.office@psychotherapie.at

Счет конгресса: код банка 60000
Счет № 93. 051. 406; Р.С.К
Georg-Cochplatz 2, A-1018 Vienna
К оплате принимаются кредитные карты:
Diners, Visa, Euro/Mastercard, American Express

Регистрационная форма:

Докладчик:	преконгресс	конгресс
Участник:	преконгресс	конгресс

Фамилия _____
Имя _____
Должность _____ Организация _____ Стажер/интерн Студент
Улица _____ Индекс _____ Город _____ Страна _____
Телефон _____ Факс _____
Эл. Почта _____
Сопровождающий. Фамилия _____
Имя _____ Должность _____

Регистрационный взнос

	до 01.02.2002	до 01.05.2002	после 01.05.2002
Члены ассоциаций (МСП, ЕАП, OBVP)	420 евро	480 евро	510 евро
Не члены	460 евро	510 евро	550 евро
Студенты и психотерапевты в обучении	280 евро	300 евро	340 евро
Билет на один день	140 евро	140 евро	140 евро

Участники из Восточной Европы, Африки, Азии и Латинской Америки могут подать заявление на снижение регистрационного взноса.

Бронирование гостиниц:

По специальным тарифам для участников конгресса

	Одноместный номер	Двухместный номер
категория 4*	99 – 145 евро	120 – 203 евро
категория 3*	54 – 80 евро	80 – 130 евро
категория 2*		
(сезонные отели)	46 – 60 евро	62 – 68 евро
общежитие	21 евро	38 евро

Дата прибытия _____ дата отъезда _____
Подпись _____

Во всех комнатах есть ванная или душ/туалет. В общежитии душ и туалет находятся на этаже.

Завтрак включен в большинстве гостиниц. Все цены даны за сутки за комнату и включают налоги. Так как мы забронировали ограниченное количество номеров по специальному тарифу в отелях каждой категории, просьба зарегистрироваться не позднее 1 марта 2002. Регистрации и запросы на бронирование, полученные после этого срока, должны будут подтверждены отелем и по более высокой цене. Все заявки на бронирование отелей должны высыпаться в письменном виде только в центральный офис МСП.

Номера будут зарезервированы в порядке поступления заявок и при наличии мест. Дополнительные услуги в отеле оплачиваются, непосредственно, на месте и должны быть гарантированы кредитной картой или наличной предоплатой в размере 145 евро за номер.

(оборотная сторона регистрационной формы)

Резюме доклада

Отправьте эту форму по факсу или эл. почте в центральный офис МСП

**СПИСОК МЕРОПРИЯТИЙ СЕКЦИИ ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
НА КОНФЕРЕНЦИИ ЕАР**

30 июня 2001 г. “Духовный кризис” – предконференционный семинар со Станиславом в рамках X Ежегодной конференции Европейской ассоциации психотерапии (Москва).

1 июля – 70-летие Станислава Грофа и его доклад “Психология будущего: уроки современных ис-

следований сознания” на пленарном заседании X конференции Европейской ассоциации психотерапии (Москва).

2 июля (3) 2001 г. – доклад Кристиной Гроф “Жажда целостности: наркомания и духовный путь” на пленарном заседании X конференции Европейской

ассоциации психотерапии (Москва).

Список докладчиков на секции трансперсональной психотерапии 02.06.01(полные имена всех докладчиков узнать, пока, не удалось)

1. Белокурова Марина Владимировна (председатель секции трансперсональной психотерапии ППЛ). Инсайт-терапия: концепция, метод, терапевтический стаж.
2. Лабковская Галина Соломоновна. Восточные практики в западной психотерапии.
3. Майков Владимир Валерианович. (к.ф.н., Директор Института трансперсональной психологии). Вклад Станислава Грофа в современную трансперсональную психологию и психотерапию.
4. Козлов Владимир Васильевич (профессор кафедры психологии Ярославского университета). Трансперсональная психотерапия в социальной работе.
5. Приленский Борис Юрьевич (зав кафедрой психотерапии Тюменской медицинской академии). Холотропная терапия в клинике хронических расстройств.
6. Спивак Дмитрий Леонидович (д. лингвистики, в.н.с. института Бехтерева, СПб). Лингвистика измененных состояний сознания в психотерапии.
7. Файдыш Евгений Александрович (президент фонда “Трансперсональная психология”). К возможности использования (компьютерных) виртуальных технологий в трансперсональной психотерапии.
8. Курис Ирина Викторовна (к.п.н. доц. ЛГОУ, чл.-корр. БПА, член ППЛ, СПб). Релаксационное движение как инструмент психотерапии.
9. Кудряшов Николай Иванович (СПб). Гипербрейская система целостного движения. Вопросы оздоровления.
10. Андреева Нина Г. (СПб). Телесная волновая функция и ее значение для жизнедеятельности человека.
11. Бревде Геннадий М. Система целостного движения как арт-терапевтическая методика.
12. Рушес Валдас (д.п.н., Вильнюс). Соционическая типология в психотерапии.
13. Бубеев Юрий Аркадьевич (д.м.н.) Психофизиология измененных состояний сознания.
14. Карельский Герман Борисович (к. филос.н.). Трансперсональный подход при работе с зависимостями.
15. Емельянченко Владимир Александрович (Ростов-на-Дону). Сочетание трансперсонального подхода и 12-шаговой программы в структуре реабилитации пациентов с химической зависимостью.
16. Цымбал Анна (сертифицированная ведущая холотропного дыхания). Холотропный подход в исцелении глобальных проблем.
17. Худобина Екатерина Юрьевна (к. псих. н.). Работа с психодуховным кризисом.
18. Витор Родригес (Vitor Rodrigues, Португалия). EUROTAS Committee for Transpersonal Psychotherapy.
19. Fausto Sergej Sommer (President Institute for Transpersonal Psychology and President of Swiss Transpersonal Ass.) Transpersonal Art Therapy.
20. Beata Bishop (Великобритания). Transpersonal medicine.
21. Bo Wikstrom (вице-президент EUROTAS, Швеция). Трансперсональные аспекты личностного роста.

Круглый стол “Клинические применения холотропного дыхания” (другой, более общий вариант названия “Холотропный подход в психотерапии”) 02.06.01

Сопредседатели: Станислав Гроф (США), Владимир Петрович Колосов (Россия), Владимир Валерианович Майков (Россия)

Выступают: Станислав Гроф (США)
Кристина Гроф (США)
Борис Юрьевич Приленский (Россия)
Владимир Валерианович Майков (Россия)
Яков Иммануилович Маршак (Россия)
Владимир Петрович Колосов (Россия)
Стася Сташене (Литва)
Владимир Васильевич Козлов (Россия)
Дмитрий Леонидович Спивак (Россия)
и другие

Дене-толөынды функция жёне онъ» адам тіршілігіндегі мөні

Андреева Н.

Дене шнемі жазгеріп отыратын жёне шнемі жа»арып отыратын толөйнды функциялар мен оларды» әареындарыны» әареынды өоз№алыстарыны» жиыны болып табылады. “Толөйн” техникасын ме»геру шін іс-сымыл срдісіне жо№ары де»гейде назар аудару, денеде дамитын толөйнды өоз№алысты түйсікті тексеріп

отыру сажет. Адамны» тіреу-өоз№алу аппаратынъ» әареынды, толөйн тэріндегі жазгерісіні» болмауы адамны» салма№ыны» физикалық орталы№ы динамикасы мен өуаттың орталы№ыны» сүйлесіміні» жо№алуын күрсетеді. Жалпы өоз№алыс жайесінде толөйнды өоз№алысса сирету 5 кезе»мен жтеді.

TІЖ дене-басыттал№ан арт-терапиялық ёдістеме ретінде

Андреева Н.Г., Бревде Г.М., Кудряшов Н.И.

TStас Іоз№алыс Жайесіні» терапиялық кші пациентті» психикалық денсаулы№ын өалына келтіруге ба№ыттал№ан. TІЖ парадигмада№ы тStастың психикалық өызметті» саналы жёне саналы емес бұліктеріні» жиыны болып табылады. TІЖ-ны» басты терапиялық өа№идаттарыны» бірі - адам а№засы-

ны» жайелері мен фрагменттеріні» жайкайін жёне психикалық өызмет факторларыны» тззеу. TІЖ жеке срдісіні» психологиялық ракурсы дегеніміз - жан-жасты ёсерету, терапевт-нSceаушыны» бейсаналық өмделушімен ойлауды» континуалдық бұлігі тілінде диалогі.

Психотерапия, та»дау еркі жёне мёдени дёсттр

Баранников А.С.

Та»дау еркі проблемасыны» шешімі жёне дёсттрлерге деген күзәрас психотерапевті» №ылыми тSr№ысын жасауда №ана емес, сондай-ае ёлемде болып жатсан ози№алар№а жауапты азаматты» күзәрасын анықтау шін сажет. Осы екі күзәрасты» ортағ маесаты - адам аманда№ына өол жеткізу. Азаматтың күзәрас

тоталитаризмге, адам өсөystарын бSzу№а, кшжSmсay№а әарсы, жtіrikті жоessa шy№ару№а әарсы кресті күздейді. Психотерапияны» міндепті - “күмекші әарым-әатынастарды” eSpru№а, адамны» жеке dSrys та»дау жасау№а ынпал ететін кшжSmсay№а барлық кшж-жігерді жSmсay.

Мёдениет, психологиялық өауіпсіздік жёне психотерапия

Безносюк Е.В.

TStыну№а №ана негізделген технологиялық жркениетті» кемтарлық күрініс ретінде дамитын жаппай мёдениет кsrделі eShndылыстар жайесін eSрады, бSeаралық аепарат eSpralда-ры мен жарнама№а жан-жасты еосылады, ёлем

тану мен ёлем сезінуді өатты ббліреді, адам психикасына жаман ёсер етеді. Психотерапия - өазіргі мёдениетті» бір бұлігі, онъ» функцияларыны» бірі, адамны» мёселелерін тStас тану жёне шешу амалы.

Электрондық почта арсыны психологиялық ке»ес беру стратегиясы

Белорусов С.А.

Маман шін, ёсіресе е»бек жолын енді бастап келе жатсан маман шін, эмоционалдық ёсерді» кіп болуы, драмалық жа№дайларды» күбеюі, болып жатсан нёрслерді дұрыс байсау

мымкіндігі жёне е» жаеси стратегияны біртіндеп та»дап алу тa№дырды» себеп-салдарын жёне да№дарыс жа№дайлардан шy№у жеке жолдарын тануда жте eShndы бола алады.

Ерте заманда Преображенск психиатриялық ауруханасында рухани мёдениет терапиясы туралы мёсөлелеге сатысты

Бурно М.Е.

Рухани мёдениетті» (оның кең мағынасында) еазіргі терапиясының негізінде креатив механизмі жатыр. Осының ареасында адам шығармашылықтың сыйметінде тек յзіне №ана тён

тSpNында бір нёрсені істей алады, осы шьNармашылыNымен жz тSlNасын еалыптастырады, етi тiри, рухани еазынасы мол, махаббат пен жmр ма»ызын билетін адам болады.

Естен танушылық мәселелері мен феминизм проблемалары

Василенко Г.И.

Егер феминистік есзұалысты психика мен психоталдау тSpNысынан қарайтын болса, күтпеген сёйкессіздіктер мен оле-ылыстарды құруғе болады. Жыныстардың ессеетые жөне іс жаңдайтынде тәжірдің еснам-

ны» ёрі өарай дамуы шін өажет екені өшкімде де кзмён тудырмайды. Бірае оны» даму нысандары мен тенденциялары ке» тSр№ыдан психологиялық талдауды өажет етепі.

Психологиялық кеңес берудегі салыптар мен аүтесу проблемалары

Вахромов Е.Е.

Ке»ес беру ырдісіні» бірінші жаңы – тёжірибелі психологті» клиенті, ол кейде јзіні» сау болуында кзмёнданса да, жалпы јзін сау адам деп санайды. Екінші жаңы – тиисті әжетті білім алған, адам мен ёлем, оларды» јзара әарым-әтынасы мен даму за»дары туралы білімі бар деп санайтын,

білімдерін іс жzzінде өолдану тәжірибесі бар психология. Осы срдісті» шшінші жaны да бар – байеаушылар. Осы шш жaеты» бір бірі туралы жёне жoныда өаралыңан өалыпты күзearастар туралы бастапеы күзearастарды» бSзылтуы срдісті» дSрыс өалпынданы нётижесі болады

«Психотерапияны» невроздың дерпттермен ауыратын адамдарды» бас миыны» метаболизм деңгейліне тигізетін ыспалы

Вейн А.М., Корабельникова Е.А.

Невроздые ауруларда бас миыны» тұрасты
ёлеуетіні» де»гейін талдау ёдісі ареылы цереб-
ралдық сұат шыңдарының» жазгерістерін жөне
психотерапия курсын жткізгеннен кейінгі
жазгерістерді зерттеу осы жағынан маессаты бол-
ды. Орташа невроздые дерпттермен ауратын 12

адам мен салыстыру тобы ретінде дені сау 8 адам тексерілді. Невроздың ауыр №андың бас миынъ» метаболизмі, бізді» мёліметтеріміз бойынша, ёртсөрлі нәсерлерге онша күйіл бұлмейді, психологиялық дау ту №ызыатындар №ана назар еойылады.

Гипнозданы аса сенімді рефрейминг (кинетикалық арна ареылы психиканы сайта жазгерту)

Васютин А.М.

Адамды гипноз№а тсірігеннен кейін еолың тscipe алмауына жёне оны тоєтата алмауына сынае јткіземін. ESл емделу шін кері ёсер етеді, оны» негізінде емделуші сеанс кезінде

сандай күйде болмасын, ол гипноз күйінде болғаныңа күз жеткізеді! Егер адам бісін нае сенетін болса, мені» сялатастын барлық сенімдерім тамаша сінеді.

Ділдік психожиелік модельдеу, Гроф матрицалары мен Христос жолы

Гозунова Л.Н.

Дем алуды еолданыш, тірі жийелерді дамытуды» ёмбебап за»дылыстарын пайдалануда негізделген топта ділдік психожиелік модельдеу ёдісін Сынамыз. MSны» тSжымдамасын жиелік tSpNыда Сыну төжірибені талдау№а, болып жатеан срдістерді салыстырмалы бір кезде

болуын, клетка жірінен адамзат жіріне дейін циклдігіндегі қайталанатын за»дылыстарды сезінуге мұмкіндік береді. Адам алған тәжірибесін Христос жіріндегі кезе»дермен салыстырып, жоғарыда жазылған жолын табады.

Иновация: топтыс тренингтегі тәбегейлі психотерапия

Гозунова Л.Н., Яковлева Н.Н.

“Тәбегейлі психотерапия” терминін Жиелік ғылыми ғылыми Мектебі Сынды. Тәбегейлі психотерапия tSpNысынан адам жірді» ашыс жёне қіп де»гейлі жиесі болып табылады, оны» барлығы де»гейлері өоршашан ёлемге, адамзаттыс жёне №аламшарлығ өсуындастыраа жара дәлелді, жара толыстыру жёне бір-біріне кіру ғанаидаттарында кіреді. Дерттер мен ёр тэрлі психологиялық проблемаларды тәбегейлі психотерапия жиелік

сарапм-өатынастарда№ы себеп-салдарлы бір жёне қіп де»гейлі байланыстарды» бSзылуы деп тсінеді. Тәбегейлі терапияны tSl№аны» ғажеттіліктеріне өатысты бол№андыстан, жіне маессат союды, жиелік дзние танымды жёне интегралды ойлауды ғамттыңдыстан, себеп ретінде ғарау№а болады. Маессатты» жzzеге асу срдісі tSl№аны» ғызыметінде кірініс ал№ан салдар болып табылады. Осы№ан ғажетті ғуат саналы топтыс шы№армашылыста жиналады.

Топтыс психотерапия№а жиелік күзearас

Гозунова Л.Н.

Сіздерді» назарлары»ыз№а топ болып психотренинг жткізу слgісі Сыннылады, оны» негізінде жиелік күзearас жатыр. Тренингті» маессаты – “біз” жиелік ғарым-өатынастарда№ы себеп-салдарлы байланыстарды топ ше»берінде сезінүе жёне ғалыптына келтіру. Тренингтен жткеннен

кейін адам ал№ан тәжірибесін жірде пайдалана бастайды, жіні» жіріні» мёнін жиелік, адамзаттыс, барлығы №аламшарды» даму tSpNыларын сезініп, жоғарыда жазылған жолын табады.

Не№рлым нётижелі наркологиялық сауыеттеру мен психологияны ттзету шілін о» психотерапия ёдістерін пайдалану мұмкіндіктері

Генералова Л.Н.

Мені» міндеттім – емделетін адамдарды тыйінді мәселелерін жідері шеше алу№а сирету, оны» ғолына ы»№айлы ёдіс беріп, осы ёдіске сиретіп, оны пайдалана білуге ғажеттілік ғалыптастыру. Емделуші адамны» тыйінді мәселеге о» күзearаспен ғарауы (ёрбір жаманнан жағыны күре білуі) жте ма»ызды болуда. Бізді»

бёрімізді» ғателесуге ғызымыз бар, бірае біз ғателерімізді ттзетуге де ғызымыз. Біз бол№ан істі жзгерте алмаймыз, бірае тыйінді мәселеге басса күзбен ғарап, болаша№ымызды жзгерте аламыз. Тыйінді мәселені ба№алап, талдауда емделуші 4 сфераны (дене, іс-әрекет, ғарым-өатынас, ғелестеу) пайдаланады.

Ресейдегі классикалық жөне клиникалық психоталдау: ныңайту жолдары

Егоров Б.Е.

Ресейдегі психоталдау дамуыны» ерекшелігі – бSl ёдісті» психиатрия мен психотерапия ше»берінен шы№а алмауында. З.Фрейдті» жізі дәрігер емес адамдар№а психоталдаумен айналысұ№а msmкіндік берсе, Ресейде психоталдауды» дамуыны» бірінші кезе»інде бSl ёдіс толы№ымен психиатрия еншісінде бол№ан. Осыны» ареа-сында психоталдауды» дамуына тамаша негіз ғалыптасты. Жа№дай осылай ғала бер-

ген кшнде психоталдау№а еш нёрсе тиисе алмайтын, оны сы»№а алу№а болатын, бірае медицина тSpNысынан №ана. Ресейде психоталдау эклектикалық болды деуге болады. Психотерапияны 3 ба№ыты: сендіру, нандыру жөне психоталдауды мойында№ан Орыс невропатологтар мен психиатрлар Ода№ыны» I съездінен бастап ресейлік дәрігерлер кезек-кезек Еуропаны» жетекші аналитиктеріне барып тSrды.

Бас миыны» созылмалы ишемиясымен ауаратын адамдарда естен танушылысты зерттеу

Егоров В.Е., Донец Е.М.

Біз бас миыны» созылмалы ишемиясымен ауаратын 52 дерпті адамды тексердік. Ауру мерзімі 2 аптадан 17 жыл№а дейін созылды, орташа ал№анда 7,5 жыл. Тексеру Ресейде Ю.Л. Ханин (1976) бейімдеген Спилберг тестіні», Люшерді» тсстік тестіні», емделуші адамны»

естен танушылы№ын болжалды талдау№а Б.Е. Егоров (1995 – 2001) бейімдеген суретті тестілер ёдістемесіні» күмегімен жткізілді. Бас миыны» созылмалы ишемиясымен ауыратындар№а психотерапиялық жёрдемні» негізгі акценттері аныеталып, пайдаланылды.

Фрейлену дерпттеріні» терапиясында психотерапиялық жөне психофармакологиялық ёсер етуді» Штасуы (емдеу тәжірибесінен)

Егорова В.М.

Фрей дерпттерін емдеуде адамгершілік ғалыдаттарын саєтал, фармакологиялық (антидепрессанттар) жөне психотерапиялық

ёсер етуді» Штасуы кіп жа№дайда о» нёти же беріп, денсаулысты» едёуір жаессаруына ёкеледі.

Невроз дерпті адамдарда символдрама ёдісінде “Фи” дёйегін өолдану

Егорова В.М.

Символдрама ёдісінде “Фи” дёйегін Сыну невроздыс дерпті емделуші адамдарды о» нётижелер береді; тSl№аны» ішкі проблемаларын шешуге ысал етеді, жізін жаесы тсінуге жөне “жа»ару”, Станымдар мен ғндыштытар ауыс-

тьру еажеттілігін сезінуге msmкіндік береді. бSl фобиялық жөне депрессиялық дерпттермен психотерапиялық жSмыс істегенде, емделуші “бір орында тSrл ғалып”, спрісті» о» жзгерісі болма№анда Сыныла алады.

TStas ғоз№алысты» гиперборейлік жжесі. Сауыетыру мёселелері.

Кудряшов Н.

Денені» толғындыс функцияларын жөне оны» фракталдыс ғрамдарын ме»геру жөне санамен тсінү адам а№засын жалпы, оны» ішінде тіреу-ғоз№алыс аппаратын, сауыетыру№а Сынылатын ёдіс. Осы жSмыс авторыны» пікірінше, адамны» материалдыс денесі ана-

томиялық клеткалық конгломераттар ретінде адамны» сезгіш жжелерімен msmкіндігінше ғесастандыру диапазонына салын№ан ёлемні» психикалық слгілеріні» квінтэссенциясы болып табылады. TStas ғоз№алыс жжесі, оны» ёзірлемелерін авторларыны» бірі Н.И.Куд-

ршов Сынан, ёлемні» іс жzzінде кірініс алған жөне адамны» сезгіш жійелері сабылдайтын барлық модельдерін оларды» дене

«Срылымыны» динамикасын зерттеу ёдісі контекстісінде маңындағы Сесастыру тSpNысынан қаралады.

Дамыттын психотерапияны» манифесттері

Катков А.Л.

Дамыны» шарыстау кезе»інде тSpNан психотерапия жеке №ылыми-практикалық бағытын ретінде Сесастаңдарды қажет етеді. Осы пённі» идентификациялық ядроны» негізі болып табылатын гуманитарлық №ылымны» қазіргі жайкейін ескеріп, басшылық теориялық қарандыратты емес, психотерапияны бірегей дамыттын тәжірибе ретінде қаралған msmkіндік беретін функционалдық қарандыратты алу қажет. Осы қарандыратты дамыту жөне өлдірілу психотерапияның өлдірілу теориясын да, психикалық базистік

тSжырымдамасыны» жәкті міндеттерін тиімді шешуге msmkіндік береді. Сондай-ае бSl қазіргі еоНамны» негізгі дауын ежеруге бағыт белгілеуге де msmkіндік береді. Осы құзғарасты» эвристикалық msmkіндіктерін гуманитарлық, биологиялық, таби№и-№ылыми салаларда құруге болады. Осы ёзірлемелерді» эпистемология саласында №ылымызды салдары - жан, рух, аепарат, үаевт, тSl№а кірделі феномендерін зерттеуге лайысты ше»берлі №ылыми архетипті қалыптастыру msmkіндігі.

Іатты ауыратын емделушілермен жSмыс істейтін мамандар№а арналған білім беру бағдарламаларында№ы қазіргі сексология

Кузьмина Л.А.

Кризистік психотерапия шектес жай-кейілер клиникасында өлдірілу мен психотерапия ёдістерінен тSбекейлі тSpNыда жағеңілік жөрдемні» ургентальық сипатты жөне емделушіні»

эмпатиялық өлдірілу жағеңілік жағеңілік сипатты жөне бейімделу де»гейіні» артуы.

Музыкаль психотерапияны» интегративтік моделіні» болу мімкіндігі: бітгіні мен болаша№ы

Куй-Беда В.Ю., Носачев Г.Н.

Музыкаль психотерапияны» Сынылатын технологиясы, техникасы мен ёдістемесі жағақ күзіараспен, күтпеген музыкалық композициялар мен шешімдер мімкіндігімен, даралы№ы-

мен жөне құзғарасты» меншіктілігімен, жо№ары терапиялық тиімділікпен, сондай-ае интегративтік құзғарасты сипаттайтын белгілерді» топтамасымен ерекшеленеді.

“Вселенная ТРСГ”

Курильченко Н.Н.

ЖSмыс терапиялық жа№ынан икемді резонанстың отбасылық топтарда жsргізіледі. БSl топтар отбасында пайда болған да№дастырылып белгілер дамыны» ёр тэрлі нысандарымен ауыратын клиенттерді, сондай-ае арнайы үаевтта топтаға қарастырылатын жөне келетін отбасылар қаралады. Топтың срдіс

терапиялық психодинамика мен топтың динамиканы» классикалық қарандыраттарына негізделеді. MSнымен қатар гормоналдық биологиялық ритмдерді» (Э.Росси) теориясы пайдаланылады. Сондай-ае осы топтар психотерапияны» мультимодальдық моделінде пайдаланылады.

Психиатриялық жөне психотерапиялық жёрдемді Сыймдастыру мёселелері

Казаковцев Б.А.

Алданы екі жылда денсаулық саетау саласын басеару органдарының өсірілімін саладамуының маессаттары мен міндеттеріне сейкес келтіруді, барларымен өткізу стратегиялық жоспарлау, болжамдау, медициналық алдын-алу, денсаулық саетау саласында стандарттау,

инновациялар мен инвестициялар бұлшыларда өспе күзделетін болады. Психиатрия Ресейде жан-жағынан көзінен жетістіктерге жетеді деп сіттінде мәмкіндік береді.

Орал радиациялық апаттары аймақында тSратын адамдар мен Чернобыль АЭС апатының өздігінен жойындардың психикалық дерттерінің өзіншілдесіне

Колмогорова В.В., Буйков В.А.

Тексерілген ауру адамдарда психосоматикалық дерттердің белгілері астеникалық, психоорганикалық, неврологиялық жөне басеада дерттермен өткізу болып табылады. Радиациялық апаттың өздігінен жойындар мен Орал апатының аймақы тSРЫндарының психикалық дерттердің белгілерінде орналасып, оның морфологиялық, функционалық, патогенетикалық жағынан анықталады.

Хикалық дерттері полиморфизммен, күйзелу факторлары мен психосоматикалық дерттердің жағынан өткізу күрінетін психоорганикалық симптоматиканың жағынан сипатталады.

Соматоформалық дерттердегі вегетативтік бЗылыштардың рjлі туралы мёселеге

Петуров И.А.

Вегетативтік срдістердегі бЗылыштар патогенезде де, соматоформалық невротикалық бЗылыштарда да орын альп, психогендік ёсерлер мен кез келген соматикалық патологияның арасынан орын алады. Ізірігі ёдебиет

деректерін талдау невроздың бЗылыштардағы вегетативтік дерттердің едөуір рjлін күрсетеді, сондай-ае ол МКБ-10 өзінде “соматоформалық вегетативтік дисфункция” айдарымен настыланып, жеке білінеді.

Гипоталамус жөне жасјспірім сывздардың психикалық бейімделуіндегі бЗылыштар

Россинский Ю.А., Валивач М.Н.

15 – 16 жас аралықында 105 өзінші бала тексерілді. Топ ішінде тексерілетіндер кездегісінде таңдалып алынды. Ізыздар жан-жағында психологиялық жөне соматикалық тексерілді, гормоналдық дёргежелері де анықталды. Психикалық бейімделудегі бЗылыштар тексерілетіндерге сSраe өсію, олардың ата-аналарымен, сынып жетекшілерімен ёғындағы арсылы, сондай-ае психологтың жөне психиатр-дёргігердің психологиялық жөне психопатологиялық тексерулері негізінде анықталды. Классикалық гипота-

ламикалық эмоционалдық-вегетативтік синдромның диагнозы психовегетативтік синдромның клиникалық жөне зертханалық тіркеудегі эндокриндік ауытсушылықтар өткізу болуына негізделеді. Сонымен өткізу біз гипотека-психикалық диагноз еткізу – психикалық бейімделу ауытсушылықтары бар гипоталамикалық синдром, мәндайда мінез-ауытсушылықтар психовегетативтік синдромның бар-жоғына өткізу мүмкін. Штасатын.

Бір докторлық диссертацияның тарихы

Егоров Б.Е.

Осы маєалада дипломнан кейінгі білім алу Ресей медициналық академиясының психотерапия кафедрасында ал№ашы докторлық диссертацияны жазумен байланысты ойларды, уаєи№аларды, уайымдарды еркін баяндады. Менің јткен јмір жолы - јмір јз тSl№амды №ана емес, сонымен өатар жаңымда№ыларды да өалыптастырып, дамыту№а ба№ыттал№ан өа№идатта-

рымды дёлелдеу. ғмірді бар өалпында өабылдал, кіз жSмып жспе бермей, бірае та№дыремен алыспай, жаєссы бол№анша бар нёрседен пайда алу өа№идаттары. Бірае жаєссы келеді деп кстіп отыра беру аз - уаєи№алар№а жан-жаєсты ёсер етіп, кез келген тарихи срдістерді» негізінде идея жатсаңын Sмытпау керек, јйткені ол адам№а, өо№ам мен кәсіпке жан береді.

Психотерапия жініндегі X Еуропалық конгресті» өортындылары

Макаров В.В.

2001 жылдың жазында 27 маусым мен 4 шілде аралы№ында Мёскеуде, Ресей Федераціясы Президентінің жаңында№ы Мемлекеттік өызмет академиясында психотерапия жініндегі X Еуропалық конгресс јтті. Конгресті Кесіптік Психотерапиялық Лига мен Еуропалық психотерапиялық өауымда-

ты№ы Сыйымдастырды. Дзниежzzілік психотерапия Сыйымы конгресті» стратегиялық серіктесі болды. Шы№ыс Еуропада ал№ашы рет ёр елдерден кілтеген атасты психотерапевтер жиналды. Ал№ашы рет бір конгресті» ёр тсрлі нысандарына бізді» елімізді» ауманында 1350 адам өатысты.

Психотерапия жініндегі III °лемдік Конгресс туралы аепарат

Приц А.

2002 жыл№ы 14 – 18 шілдеде Венада Психотерапия жініндегі III °лемдік Конгресс јтеді. таламиландыруды» эмоционалдың жёне техникалық өиындыстары бізді» назарымызды» басты мёселелері болады. Біз бес ёр тсрлі континентте бар емдеу мен оеытуды» стратегияларымен алмасамыз. Психотерапия жініндегі °лемдік ке»ес

2002 жыл№ы 13 шілдеде психотерапиялық модельдіктер мен арнайы таєрыптар жінінде алдын№ы конгрестерді јткізууді Sсынады. Екінші рет Вена өаласы З.Фрейдті» халысараплыс сыйлы№ын (25000 евро) Sсынады. Сонымен өатар К.Роджерсті» 100 жылды№ына арнал№ан арнайы симпозиум јтеді.

РЕЗЮМЕ

ТЕЛЕСНО-ВОЛНОВАЯ ФУНКЦИЯ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Андреева Н.

Тело является выражением суммы ритмических движений вечно изменчивых и вечно новых волновых функций и их ритмов. Для освоения техники «волны», необходим высокий уровень внимания на самом процессе действия, интуитивное прослеживание развивающегося в теле волнового движения. От-

сутствие ритмичной, волнообразной динамики опорно-двигательного аппарата человека говорит о расхождении в динамике физического центра тяжести человека и энергетического центра. Обучение волнообразному движению в системе целостного движения происходит по 5 этапам.

СЦД КАК ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАЧНАЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА

Андреева Н.Г., Бревде Г.М., Кудряшов Н.И.

Терапевтические усилия Системы Целостного Движения направлены на восстановление психической целостности пациента. Целостность в парадигме СЦД - слитность сознательных и бессознательных компонентов психической деятельности. Один из главных терапевтических принципов СЦД - кор-

реляция состояния систем и фрагментов систем организма человека и факторов психической деятельности. Психологический ракурс индивидуационного процесса СЦД - активное взаимодействие, диалог терапевта - инструктора с бессознательным пациента на языке континуальной компоненты мышления.

ПСИХОТЕРАПИЯ, СВОБОДА ВЫБОРА И КУЛЬТУРНАЯ ТРАДИЦИЯ

Баранников А.С.

Решение проблемы свободы выбора и отношения к традициям требуется не только при разработке научной позиции психотерапевта, но также и для определения позиции гражданина, ответственного за происходящее в мире. Общей у этих двух позиций является цель - достижение благополучия человека. Гражданская по-

зиция может предполагать борьбу против тоталитаризма, против нарушения прав человека, против насилия, разрушения мифов. Задача психотерапии состоит в том, чтобы направить усилия на создание «помогающих отношений», на создание условий, способствующих собственному правильному выбору.

КУЛЬТУРА, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Безносюк Е.В.

Массовая культура, развивавшаяся как уродливое проявление технологической цивилизации, основанной на культе потребления, создает систему сложных ценностей, активно навязывается в СМИ и рекламу, болезненно искажает картину мировос-

приятия и мироощущения, патологически влияет на психику человека. Психотерапия - часть современной культуры, и одна из ее функций - способ целостного постижения и решения проблем человека.

СТРАТЕГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

Белорусов С.А.

Для специалиста, особенно начинающего, опыт осуществления майл-терапии с ее такими особенностями как высокая степень эмоциональной насыщенности, зачастую драматичность, возможность четко-

го отслеживания происходящего и постепенный подбор наилучшей стратегии, может оказаться весьма ценным в познании мотиваций судьбы и личных путей выхода из кризисных ситуаций.

К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРОЙ В ПРЕОБРАЖЕНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ, В СТАРИНУ

Бурно М.Е.

В основе сегодняшней терапии духовной культурой (в широком смысле) - креативный механизм. Благодаря этому механизму человек в творчестве делает что-то неповторимо по свое-

му, именно творчески, оживляя - собирая этим свою личность, становится все более живым, одухотворенным человеком с любовью и смыслом в душе.

ВОПРОСЫ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО И ПРОБЛЕМЫ ФЕМИНИЗМА

Василенко Г.И.

Если рассматривать феминистическое движение с точки зрения психики и психоанализа невозможно не заметить множество несоответствий и несущест-ностей. Ни у кого не вызывает сомнений, что право-

вое и фактическое равноправие полов необходимо для дальнейшего развития общества. Однако формы и тенденции его развития требуют подробного психологического разбора.

ПРОБЛЕМЫ НОРМЫ И АНОМАЛИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Вахромов Е.Е.

Первая сторона процесса консультирования - клиент практического психолога, который считает себя вполне нормальным человеком, хотя иногда может сомневаться в этом. Вторая сторона - психолог, получивший соответствующее необходимое образование, считающий себя обладателем знаний о человеке и мире,

законах их взаимодействия и развития, имеющий практический опыт применения этого знания. Существует и третья сторона процесса - наблюдатели. Результатом процесса, в норме, является трансформация начальных представлений сторон друг о друге и о рассматривавшихся нормативных представлениях.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ МЕТАБОЛИЗМА ГОЛОВНОГО МОЗГА БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Вейн А.М., Корабельникова Е.А.

Целью настоящей работы являлось исследование изменений церебральных энергозатрат методом анализа уровня постоянного потенциала головного мозга при невротических расстройствах и их динамики после проведения курса психотерапии. Обследовано 12 пациентов с различными формами невротических рас-

стройств и 8 здоровых испытуемых, в качестве группы сравнения. В условиях невротических расстройств метаболизм головного мозга, по нашим данным, становится менее реактивным на различные воздействия за исключением тех, которые в той или иной степени, актуализируют психологический конфликт.

СВЕРХНАДЕЖНЫЙ РЕФРЕЙМИНГ В ГИПНОЗЕ (ПЕРЕФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИКИ ЧЕРЕЗ КИНЕСТЕТИЧЕСКИЙ КАНАЛ)

Васютин А.М.

После введения в гипнотическое состояние я про-вожу своему пациенту пробу на невозможность опу-стить руку и на невозможность ее остановить. Это дает обратную связь для пациента, на основе кото-

рой пациент убеждается, вне зависимости от того, что он чувствовал во время сеанса, он был в состоя-нии гипноза! А если человек убежден в этом, то и все остальные мои внушения прекрасно проходят.

МЕНТАЛЬНОЕ ПСИХОСИСТЕМНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ, МАТРИЦЫ ГРОФА И ПУТЬ ХРИСТА

Гозунова Л.Н.

Мы предлагаем метод ментального психосистемного моделирования (МПМ) в группе, основанной на использовании универсальных закономерностей развития живых систем с применением дыхания. Представление концепции МПМ в системном контексте позволяет проанализировать опыт, осознать

относительную одновременность происходящих процессов, повторяющиеся закономерности в их циклическом проявлении от жизни клетки до жизни человечества. Человек может сопоставить полученный опыт с этапами в жизни Христа, найдя верный путь преодоления искушений и испытаний в своей жизни.

ИННОВАЦИЯ: КАРДИНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ГРУППОВОМ ТРЕНИНГЕ

Гозунова Л.Н., Яковлева Н.Н.

Термин «кардиальная психотерапия» (КП) предложен Научной Школой Системного Мировоззрения. С позиции КП человек является открытой многоуровневой системой жизни, относительно одновременно всеми уровнями интегрированный в окружающий мир, в человеческое и планетарное сообщество на принципах взаимообусловленности, взаимодополнения и взаимопроникновения. Причину болезней и различного рода психологических проблем КП рассматривает как нарушение

причино-следственных одно - и многоуровневых связей в системных отношениях. Кардиальную терапию можно рассматривать как причинную, поскольку она затрагивает мотивационное ядро личности, включающее в себя целеполагание, системное мировоззрение и интегральное мышление. Процесс воплощения цели есть следствие, выраженное в деятельности личности. Необходимая для этого энергия генерируется в осознанном групповом творчестве.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Гозунова Л.Н.

Вашему вниманию представляется модель группового психотренинга, в основе которого лежит системный подход. Цель тренинга - осознание и восстановление причинно-следственных связей системных отношений в данном формате группы. После прохождения тренинга человек начинает использовать

полученный опыт в практике каждого дня, осознавать смысл своего существования с позиций системности, с позиций человечности, развития всего планетарного организма, открывая новые возможности в реализации творческого потенциала, взяв на себя ответственность за свою жизнь.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ БОЛЕЕ УСПЕШНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Генералова Л.Н.

Моя задача - научить пациентов самих справляться с проблемой, дать в руки пациента удобный ему метод, научить ему и формировать потребность пользоваться им. Очень важно позитивное отношение пациента к проблеме (в каждом минус увидеть плюс). Мы имеем право на

ошибки, но также имеем право их исправлять. Мы не можем изменять прошлое, но можем по-другому взглянуть на проблему и сделать другое будущее. В оценке и анализе проблемы пациент использует 4 сферы (тело, деятельность, контакты, воображение).

КЛАССИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ В РОССИИ: ПУТИ КОНСОЛИДАЦИИ

Егоров Б.Е.

Особенность развития психоанализа в России состоит в том, что этот метод не вышел за рамки психиатрии и психотерапии. И если сам З.Фрейд допускал возможность заниматься психоанализом не врачам, то в России на первом этапе развития психоанализа этот метод полностью находился в психиатрии. И таким образом психоанализ получил прекрасное основание для своего развития. Пока это положение вещей сохранялось - психо-

анализ был фактически неуязвим, его можно было критиковать, но с исключительно медицинской позиции. Психоанализ в России всегда был достаточно эклектичным. Начиная с I съезда Русского Союза невропатологов и психиатров, когда было провозглашено 3 направления в психотерапии: внушение, убеждение и психоанализ; российские врачи попеременно посещали всех ведущих психоаналитиков Европы.

ИССЛЕДОВАНИЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Егоров В.Е., Донец Е.М.

Нами было проведено обследование 52 больных с хронической ишемией головного мозга. Длительность заболевания варьировала от 2-х недель до 17 лет, в среднем 7,5 лет. Обследование проводилось с помощью теста Спилберга, адаптированного в России Ю.Л.Ханиным (1976), цветового теста Люшера,

методики рисуночных тестов, адаптированной для прогностического анализа бессознательного у пациента профессором Егоровым Б.Е. (1995-2001). Нами выявлены и использованы основные акценты психотерапевтической помощи больным с хронической ишемией головного мозга.

СОЧЕТАННОЕ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЕ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ (ОПЫТ ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ)

Егорова В.М.

Сочетанное фармакологическое (антидепрессанты) и психотерапевтическое воздействие с соблюдением принципов гуманистического подхода при ле-

чении тревожных расстройств в большинстве случаев дают положительный эффект и приводят к значительному улучшению состояния.

ПРИМЕНЕНИЕ МОТИВА «ДОМ» В МЕТОДЕ СИМВОЛДРАМА У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Егорова В.М.

Представление мотива «Дом» в методе символдрамы приводит к позитивным результатами у пациентов с невротическими расстройствами; подталкивает к решению внутри личностных проблем, позволяет лучше понять себя и осознать необходимость

«обновления», смены установок и ценностей. Может быть рекомендован для психотерапевтической работы с фобическими и депрессивными расстройствами, в тех случаях, когда пациент «застревает» и не происходит положительной динамики процесса.

ГИПЕРБОРЕЙСКАЯ СИСТЕМА ЦЕЛОСТНОГО ДВИЖЕНИЯ. ВОПРОСЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ

Кудряшов Н.

Освоение и осознание волновой функции тела (ВФТ) и ее фрактальных составляющих - вот основа

предлагаемого способа оздоровления организма человека в целом и его опорно-двигательного аппара-

та в частности. По мнению автора этой работы, материальное тело человека есть квинтэссенция психических моделей мира, спроектированных в качестве анатомических клеточных конгломератов в диапазон их возможной идентификации сенсорными системами человека. Система целостного движения, разра-

ботки которой представлены одним из его авторов Н.И.Кудряшовым, рассматривает все модели мира, так или иначе проявленные в реальности и воспринимаемые сенсорными системами человека, с точки зрения их смысловой идентификации в контексте метода исследования динамики телесной организации.

МАНИФЕСТЫ РАЗВИВАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Катков А.Л.

Психотерапия, переживающая бурный этап своего развития, нуждается в идентификации как самостоятельного научно-практического направления. С учетом современного состояния гуманитарной науки основой идентификационного ядра данной дисциплины должно стать не теоретический концепт, а функциональный принцип, позволяющий рассматривать психотерапию как уникальную развивающую практику. Разработка и применение данного принципа позволяют эффективно решать актуальные задачи, как прикладной теории

психотерапии, так и базисной концепции психического. А также наметить пути к преодолению основного конфликта современного общества. Эвристические возможности данного подхода прослеживаются в гуманитарных, биологических, естественно - научных сферах. Важнейшее следствие данных разработок в области эпистемологии - возможность формирования кольцевого научного архетипа, адекватного для исследования сложных феноменов души, духа, информации, времени, личности.

СОВРЕМЕННАЯ СЕКСОЛОГИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С КРИЗИСНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Кузьмина Л.А.

Кризисная психотерапия (КП) имеет принципиальные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике пограничных состояний - ургентный характер помощи и выраженная потребность

пациента в эмпатийной поддержке. В КП пользуются тремя основными методами: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации.

О ВОЗМОЖНОСТИ СУЩЕСТВОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВОЙ МОДЕЛИ МУЗЫКОПСИХОТЕРАПИИ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Куй-Беда В.Ю., Носачев Г.Н.

Предлагаемая технология, техника, приемы и методика музыкопсихотерапии отличаются новизной подхода, возможностью многочисленных музыкальных композиций и решений, индивидуальностью

и субъективностью подхода и достаточно высокой терапевтической эффективностью, а также обладает набором признаков, характеризующих интегративный подход.

“ВСЕЛЕННАЯ ТРСГ”

Курильченко Н.Н.

Работа проводится в терапевтически-гибких резонансных семейных группах (ТРСГ). ТРСГ включает в себя клиентов с различными формами развития кризисного симптома, родившегося в семье, а также членов семей, привлекающихся и приходящих в группу в специальное время. Групповой процесс

базируется на классических принципах терапевтической психодинамики и групповой динамики. Одновременно используется теория гормональных биологических ритмов (Э.Росси). Также данные группы проводятся в мультимодальной модели психотерапии.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Казаковцев Б.А.

В предстоящие два года планируется привести структуру органов управления здравоохранением в соответствии с целями и задачами развития отрасли, предусмотрев создание, наряду с имеющимися, подразделений стратегического планирования и прогнозирования, медицинской профилактики, стандар-

тизации в здравоохранении, инноваций и инвестиций. Психиатрия в России находится в стадии активного развития. Это позволяет надеяться на то, что, пережив все трудности роста, мы уже в обозримом будущем станем свидетелями ее более весомых достижений.

К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ УРАЛЬСКИХ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЙ И У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Колмогорова В.В., Буйков В.А.

У обследованных больных явные клинические признаки психосоматических заболеваний сочетались с астеническими, психоорганическими, невротическими и иными расстройствами. Психические расстройства у ликвидаторов радиационной аварии и у лиц, прожи-

вающих в зоне радиационных Уральских аварий, характеризуются полиморфизмом, взаимным влиянием стрессогенных факторов и психосоматических заболеваний, а также нарастанием астенической и выраженной психоорганической симптоматики.

К ВОПРОСУ О РОЛИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Петуров И.А.

Нарушения вегетативных процессов находят отражение, как в патогенезе, так и в клинике соматоформных невротических расстройств, а также занимают место в промежуточном звене между психогенными воздействием и какой-либо соматической патологией.

Анализ современных литературных данных указывает на значительную роль вегетативных нарушений в невротических расстройствах, что также подкрепляется и выделением рубрики "соматоформная вегетативная дисфункция" в МКБ-10-го пересмотра.

ГИПОТАЛАМУС И НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Россинский Ю.А., Валивач М.Н.

Исследование подвергли 105 девочек в возрасте 15-16 лет. Набор исследуемых внутри групп носил случайный характер. Девочки подверглись подробному психологическому и соматическому обследованию, включая исследование гормонального статуса. Нарушения психической адаптации устанавливались на основании опроса обследуемых, беседы с родителями и классным руководителем, а также психологического и психопатологического обследования психологом и врачом -

психиатром. Диагноз классического гипоталамического эмоционально-вегетативного синдрома основывался на сочетании психовегетативного синдрома с регистрируемыми клинически и лабораторно эндокринными отклонениями. Кроме того, мы установили гипотетический диагноз - гипоталамического синдрома с расстройствами психической адаптации, когда поведенческие отклонения сочетались с эндокринными независимо от наличия или отсутствия психовегетативного синдрома.

ИСТОРИЯ ОДНОЙ ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

Егоров Б.Е.

Данная статья - это свободное изложение мыслей, событий, переживаний связанных с написанием первой докторской диссертации на кафедре психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО). Весь путь, проделанный мной – это подтверждение жизненных принципов, направленных на созидание и развитие не только личности, но и моего окружения. Готовность принимать жизнь

такой, какая она есть, не подчиняясь слепо, но также и не противясь судьбе, одновременно стараясь извлечь пользу из всего, до тех пор, пока не появится что-нибудь лучшее. Однако ждать пока появится что-нибудь лучшее – этого мало, надо активно воздействовать на события, не забывая, что в основе любых исторических процессов находится идея, которая одухотворяет человека, общество и профессию.

ИТОГИ Х ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА ПО ПСИХОТЕРАПИИ

Макаров В.В.

Летом 2001 года, с 27 июня по 4 июля в Москве, в Академии государственной службы при Президенте Российской Федерации проходил X Европейский конгресс по психотерапии. Конгресс организовывали Профессиональная Психотерапевтическая Лига и Европейская Ассоциация психотерапии. Стратеги-

ческим партнером конгресса выступила Всемирная организация психотерапии. Впервые в Восточной Европе собралось сразу столько известных психотерапевтов из разных стран. Впервые в различных формах одного конгресса на территории нашей страны участвовало 1350 человек.

ИНФОРМАЦИЯ О III МИРОВОМ КОНГРЕССЕ ПО ПСИХОТЕРАПИИ

Приц А.

14-18 июля 2002 года будет проводиться III Мировой Конгресс по Психотерапии в Вене. В центре нашего внимания будут стоять эмоциональные и технические сложности глобализации, и мы попытаемся обменяться стратегиямилечения и обучения, существующими на пяти различных континентах. Мировой Совет по Пси-

хотерапии предлагает ряд пре-конгрессов 13 июля 2002 года по различным психотерапевтическим модальностям и специальным темам. Во второй раз город Вена предлагает международную премию З.Фрейда (25000 евро). Также состоится специальный симпозиум, посвященный столетию К.Роджерса.

SUMMARIES

CORPOREAL-WAVE FUNCTION AND ITS VALUE FOR VITAL ACTIVITY OF A MAN

Andreeva N.

The body is expression of the sum of rhythmic movements of eternally changeable and eternally new wave functions and their rhythms. For mastering of technique of «wave», it is necessary the high level of attention on the process of action, an intuitive observing of wave movement

developing in a body. Absence of rhythmical, wavy dynamics of the support-motor apparatus of a man speaks about a mismatch in dynamics of the physical center of gravity of a man and the energetic center. Teaching sinuosity in system of integral movement occurs on 5 stages.

SIM AS CORPOREAL-ORIENTING ART THERAPEUTIC TECHNIQUE

Andreeva N.G., Brevde G.M., Kudrashov N.I.

Therapeutic efforts of System of Integral Movement are directed on restoration of mental integrity of the patient. Integrity in paradigm of SIM is unity of the conscious and the unconscious components of mental activity. One of main therapeutic principles of SIM is a correlation of a

condition of systems and fragments of systems of an organism of a man and factors of mental activity. A psychological perspective of individuation process of SIM is active interaction, dialogue of the therapist - instructor with the patient's unconscious in a language of continued multiplier of thinking.

PSYCHOTHERAPY, FREEDOM IN CHOOSING AND CULTURAL TRADITION

Barannikov A.S.

The decision of a problem of freedom in choosing and the attitude to traditions is required not only for development of a psychotherapist's scientific stand, but also for definition of a stand of the citizen responsible for an event in the world. At these two stands the purpose achievement of well being of the person is common. The

civic stand can assume struggle against totalitarianism, against infringement of human rights, against violence, destruction of myths. The task of psychotherapy is to direct efforts to creation of «assisting relations», to creation of the conditions promoting an own correct choice.

CULTURE, PSYCHOLOGICAL SAFETY AND PSYCHOTHERAPY

Beznosjuk E.V.

The mass culture developing as ugly display of a technological civilization, based on a cult of consumption, creates system of complex values, is actively imposed in MASS-MEDIA and advertising, painfully deforms a picture

of a perception of the world and attitude, pathologically influences mentality of a man. Psychotherapy is a part of modern culture and one of its functions is a way of complete comprehension and the decision of problems of a man.

STRATEGY OF PSYCHOLOGICAL CONSULTATION BY MEANS OF E-MAIL

Belorusov S.A.

For the expert, especially beginner, experience of realization of e-mail-therapy with its such features as a high degree of an emotional saturation, frequently the dramatic character, an opportunity of precise

observation of an event and gradual selection of the best strategy, can be rather valuable in knowledge of motivations of destiny and personal ways of an exit from crisis situations.

TO A QUESTION ON THERAPY BY SPIRITUAL CULTURE IN PREOBRAZHENSK PSYCHIATRIC HOSPITAL, IN OLD TIMES

Burno M.E.

In a basis of today's therapy by spiritual culture (in a broad sense) is the creative mechanism. Due to this mechanism the person does something as he/she pleases

in creativity, creatively in particular, quickening -reducing the person with it, becomes more and more alive, spiritualized person with love and sense in soul.

QUESTIONS OF THE UNCONSCIOUS AND PROBLEMS OF FEMINISM

Vasilenko G.N.

If we consider feminist movement from the point of view of mentality and a psychoanalysis it is necessary to notice set of discrepancies and absurdities. It does not cause doubts in anybody that

legal and actual equality of sex is necessary for the further development of a society. However forms and tendencies of its development demand detailed psychological analysis.

PROBLEMS OF NORM AND ANOMALY IN PSYCHOLOGICAL CONSULTATION

Vahromov E.E.

The first side of process of consultation is the client of the practical psychologist who counts himself quite normal person though sometimes he can doubt of it. The second side is psychologist who has received the appropriate necessary education, considering himself the owner of knowledge of a man and the world, laws of

their interaction and the development, having practical experience of application of this knowledge. There is also a third side of process - observers. Result of process, in norm, is transformation of initial representations of the sides about each other and about considered normative representations.

INFLUENCE OF PSYCHOTHERAPY ON A LEVEL OF A METABOLISM OF A BRAIN OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS

Vejn A.M., Korabel'nikova E.A.

The purpose of the present work was research of changes of cerebral energy expenditures by a method of the analysis of a level of constant potential of a brain at neurotic disorders and their dynamics after realization of a course of psychotherapy. It is examined 12 patients

with various forms of neurotic disorders and 8 healthy probationers as group of comparison. In conditions of neurotic disorders the metabolism of a brain, on our data, becomes less reactive on various influences except for what to some extent staticize the psychological conflict.

FAIL-SAFE REFRAMING IN HYPNOSIS (REFRAMING OF MENTALITY THROUGH THE KINESTHETIC CHANNEL)

Vasjutin A.M.

After introduction a hypnotic condition I conduct to the patient test on impossibility to lower a hand and on impossibility to stop it. It gives a feedback for the patient on the basis of that the

patient is convinced, without dependence that he felt during a session, he was in hypnotic condition! And if the person is convinced of it, also all other my suggestions pass perfectly.

MENTAL PSYCHO SYSTEM MODELING, GROF'S MATRIXES AND A WAY OF THE CHRIST

Gozunova L.N.

We offer a method of mental psycho system modeling (MPM) in the group based on use of universal laws of development of a live systems with application of breath. Representation of concept of MPM in a system context allows to analyze experience, to realize a relative

simultaneity of the occurring processes, repeating laws in their cyclic display from life of a cell to life of mankind. The person can compare the received experience to stages in life of the Christ, finding a true way of overcoming of temptations and tests in the life.

INNOVATION: CARDINAL PSYCHOTHERAPY IN A GROUP TRAINING

Gozunova L.N., Jakovleva N.N.

The term "cardinal psychotherapy" (CP) is offered by Scientific School of System Outlook. From position of CP the person is open multilevel system of life, rather simultaneously integrated in visual environment by all levels, in human and planetary community on principles of correlation, complement and interosculation. The reason of diseases and a various sort of psychological problems, CP consider as irregularity of cause-effect one-

and multilevel connections in system attitudes. Cardinal therapy can be considered as causal, as it mentions the motivational nucleus of the person including purposefulness, system outlook and integrated thinking. Process of an embodiment of the purpose is the consequence, shown in activity of the person. Energy necessary for it is generated in the realized group creativity.

THE SYSTEM APPROACH IN GROUP PSYCHOTHERAPY

Gozunova L.N.

The model group of psycho training, in which basis the system approach underlies, is represented to your attention. The purpose of training is comprehension and restoration of cause-effect connections of system attitudes in the given format of group. After passage of a training, the person starts to make use the received

experience in practice of each day, to realize sense of the existence from positions of systemness, from positions of humanity, development of all planetary organism, opening new opportunities in realization of the creative potential, having accepted responsibility for the life.

OPPORTUNITIES OF USE OF METHODS OF POSITIVE PSYCHOTHERAPY FOR REALIZATION OF MORE SUCCESSFUL NARCOLOGICAL REHABILITATION AND PSYCHO CORRECTION

Generalova L.N.

My task is to teach patients to cope with a problem, to give in hands of the patient a method convenient to him, to teach it and to form need to use it. It is very important positive attitude of the patient to a problem (in each minus to see plus). We have the right to mistakes,

but also have the right to correct them. We cannot change the past, but we can look at a problem in another way and make other future. In estimation and the analysis of a problem the patient uses 4 spheres (a body, activity, contacts, imagination).

CLASSICAL AND CLINICAL PSYCHOANALYSIS IN RUSSIA: WAYS OF CONSOLIDATION

Egorov B.E.

Feature of development of psychoanalysis in Russia is, that this method has not overstepped the limits of psychiatry and psychotherapy. And if S.Freud supposed an opportunity to be engaged in psychoanalysis not to doctors, in Russia at the first stage of development of psychoanalysis this method completely was in psychiatry.

And thus the psychoanalysis received the fine basis for the development. While this state of affairs was kept, the psychoanalysis was practically impregnable, it could be criticized, but from extremely medical position. The psychoanalysis in Russia always was enough eclectic. Since the I congress of Russian Union of

neuropathologists and psychiatrists when it was proclaimed 3 directions in psychotherapy: suggestion,

conviction and a psychoanalysis; the Russian doctors alternately visited all leading psychoanalysts of Europe.

RESEARCH OF THE UNCONSCIOUS AT PATIENTS WITH A CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

Egorov B.E., Donets E.M.

We carried out examination of 52 patients with a chronic ischemia of a brain. Duration of disease varied from 2 weeks till 17 years, on the average 7,5 years. The examination was carried out with the help of Spielberg's test adapted in Russia by J.L.Hanin(1976), Lusher's color

test, the technique of drawing tests adapted for the prognostic analysis of the unconscious at the patient by professor Egorov B.E. (1995-2001 of). We reveal and use the basic accents of the psychotherapeutic aid to the patient with a chronic cerebral ischemia.

COMBINED PSYCHOTHERAPEUTIC AND PSYCHOPHARMACOLOGICAL INFLUENCE AT THERAPY OF DISTURBING DISORDERS (EXPERIENCE OF MEDICAL PRACTICE)

Egorova V.M.

Combined pharmacological (antidepressants) and psychotherapeutic influence with observance of principles of the humanistic approach at

treatment of disturbing disorders in most cases give a positive effect and result in significant improvement of a condition.

APPLICATION OF MOTIVE «HOUSE» IN A METHOD SYMBOL DRAMA AT PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS

Egorova V.M.

Representation of motive «House» in a method symbol drama results in positive results at patients with neurotic disorders; pushes to the decision of interpersonal problems, allows to understand himself better and to realize necessity

of «renovation», change of installations and values. Can be recommended for psychotherapeutic work with phobic and depressing disorders when the patient “sticks” and there is no positive dynamics of process.

HYPERBOREAN SYSTEM OF INTEGRAL MOVEMENT. QUESTIONS OF SANITATION

Kudrjashov N.

Development and comprehension of wave function of body (WFB) and its fractal components is a basis of an offered way of improvement of an organism of a man in the whole and his support-motor apparatus in particular. In opinion of the author of this work, the material body of a man is quintessence of mental models of the world, projected as anatomic cellular conglomerates in a range of their possible

identification by sensor-based systems of a man. The system of integral movement, development are produced by one of its authors - N.I.Kudrjashov, considers all models of the world anyhow shown in a reality and perceived by sensor-based systems of a man, from the point of view of their semantic identification in a context of a method of research of dynamics of corporal organizations.

MANIFESTS OF DEVELOPING PSYCHOTHERAPY

Katkov A.L.

The psychotherapy, experiencing a rough stage of the development, requires identification as independent scientific-

practical direction. In view of a modern condition of the humanity, a basis of an identification nucleus of the given

discipline should become not a theoretical concept, but the functional principle, allowing to consider psychotherapy as unique developing practice. Development and application of the given principle effectively allow to solve actual problems, both the applied theory of psychotherapy, and the basic concept of mentality and also to plan ways to overcoming the

basic conflict of a modern society. Heuristic opportunities of the given approach are traced in humanitarian, biological, scientific spheres. The major consequence of the given development in area of epistemology is an opportunity of formation of circular scientific archetype, adequate for research of complex phenomena of soul, spirit, the information, time, the person.

MODERN SEXOLOGY IN EDUCATION PROGRAMS FOR THE EXPERTS WORKING WITH CRISIS PATIENTS

Kuz'mina L.A.

Crisis psychotherapy (CP) has basic differences from the methods of psychotherapy used in clinic of borderline state -urgent character of the aid and expressed need of

the patient in empathy support. In CP use three basic methods: crisis support, crisis intervention and increase of a level of adaptation.

ABOUT AN OPPORTUNITY OF EXISTENCE OF INTEGRATIVE MODEL OF MUSIC PSYCHOTHERAPY: REALITIES AND PROSPECTS

Kuj-Beda V.J., Nosachev G.N.

The offered technology, technique, receptions and methods of music psychotherapy differ novelty of the approach, an opportunity of numerous musical compositions

and decisions, individuality and subjectivity of the approach and enough high therapeutic efficiency, and also has a set of the attributes describing the integrative approach.

«UNIVERSE OF TRFG»

Kuril'chenko N.N.

The work is carried out in therapeutic-flexible resonant family groups (TRFG). TRFG includes clients with different forms of development of the crisis symptom arisen in family, and also members of the families coming in group, in special time. Group process

is based on classical principles of a therapeutic psychodynamic and group dynamics. The theory of hormonal biological rhythms (E.Rossi) is simultaneously used. Also the given groups are carried out in multimode model of psychotherapy.

PROBLEMS OF THE ORGANIZATIONS OF THE PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC SERVICE

Kazakovtsev B.A.

In forthcoming two years it is planned to result structure of controls public health services in conformity with the purposes and problems of development of branch, having provided creation, alongside with available, divisions of strategic planning and prediction, medical preventive

maintenance, standardization in public health services, innovations and investments. The psychiatry in Russia is in a stage of active development. It allows to hope that having gone through all difficulties of growth, we already in the foreseeable future become witnesses of its more powerful achievement.

TO A QUESTION OF FORMATION OF MENTAL DISORDERS AT RESIDENTS OF URAL RADIATING ACCIDENTS ZONE AND AT LIQUIDATORS OF ACCIDENT ON THE CHERNOBYL ATOMIC POWER STATION

Kolmogorova V.V., Buikov V.A.

At the examined patients obvious clinical attributes psychosomatic diseases were closely combined with

asthenic, psychorganic, neurotic and other disorders. Mental disorders at liquidators of radiating accident

and at the persons living in a zone of radiating Ural accidents are characterized by polymorphism, mutual influence of

stressogenic factors and psychosomatic diseases, and also increase asthenic and expressed psychorganic symptomatology.

TO A QUESTION ON A ROLE OF VEGETATIVE DISTURBANCES IN SOMATOFORM DISORDERS

Peturov I.A.

Disturbances of vegetative processes find reflection, both in a pathogeny, and in clinic of somatoform neurotic disorders, and also take a place in an intermediate link between psychogenic influence and any somatic pathology. The analysis

of the modern literary data specifies a significant role of vegetative disturbances in neurotic disorders what also with allocation of a heading "somatoform vegetative dysfunction" in ICD-10-th revision is supported.

HYPOTHALAMUS AND DISTURBANCE OF MENTAL ADAPTATION AT GIRLS-ADOLESCENTS

Rossinskiy J.A., Valivach M.N.

105 girls in the age of 15-16 years have been subjected for research. The set of under test girls inside groups had casual character. Girls have been undergone to detailed psychological and somatic examination, including research of the hormonal status. Disturbances of mental adaptation were established on the basis of interrogation of investigated persons, interview with parents and the class teacher, and also psychological and psychopathological examination by the psychologist and

the doctor - psychiatrist. The diagnosis of classical hypothalamic emotional - vegetative syndrome was based on a combination of a psycho vegetative syndrome with registered clinically and laboratory endocrine anomaly. Besides we have established the hypothetical diagnosis – a hypothalamic syndrome with disturbances of mental adaptation when behavioral deviations were combined with endocrine irrespective ones of presence or absence of a psycho vegetative syndrome.

HISTORY OF ONE THESIS FOR DOCTOR'S DEGREE

Egorov B.E.

Given article is free statement of ideas, events, and experiences connected to a writing of the first thesis for a Doctor's degree on faculty of psychotherapy of the Russian Medical Academy of post diploma education. The whole traversed path by me is confirmation of the vital principles directed on creation and development not only the person, but also my environment. Readiness to

accept life such what it is, insubordinating blindly, but also not resisting to destiny, simultaneously trying to benefit by everything until something will appear the best. However to wait while something will appear it is not enough, it is necessary to influence events, not forgetting, that in basis of any historical processes there is an idea which spiritualizes the person, a society and a trade.

RESULTS OF X CONFERENCE OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PSYCHOTHERAPY

Makarov V.V.

In the summer 2001 from June 27 till July 4 in Moscow in Academy of public service at the President of the Russian Federation passed X Conference of the European Association for Psychotherapy. Professional Psychotherapeutic League and the European Association of Psychotherapy organized the Conference. As the

strategic partner of the congress the World organization of psychotherapy has been. For the first time in the East Europe has gathered so much known psychotherapists from the different countries. For the first time in various forms of one congress in territory of our country 1350 persons take part.

THE INFORMATION ON III WORLD CONGRESS ON PSYCHOTHERAPY

Prits A.

On July 14 -18 2002 III World Congress on Psychotherapy in Vienna will be carried out. In the center of our attention there will be emotional and technical complexities of globalization, and we shall try to exchange strategy of treatment and the training, existing on five various continents. World Council on

Psychotherapy offers a number of the pre-congresses on July 13 2002 on various psychotherapeutic modalities and on special themes. In second time Vienna offers international premium of S. Freud (25000 euros). The special symposium devoted to century of K.Rogers will take place.