



Марк ВОРОНОВ

ПСИХОСОМАТИКА

Практическое руководство

НИКА

ББК 53.584
В75

В книге освещена проблема перехода психоэмоциональных явлений в телесные (соматические) с оригинальных позиций, в основе которых лежит теория о чередовании пяти реакций на препятствия, причем на препятствия как в физическом мире, так и в мире идеальном. Чередуясь в определенном порядке, они соответствуют универсальной системе пяти первоэлементов У Син, дошедшей до нас из древней китайской медицины.

Книга предназначена для врачей-психотерапевтов, психологов и врачей всех специальностей, которых интересует психосоматический подход, а также для студентов медицинских вузов и психологических факультетов, кроме того, она может быть полезна тем, кто занимается целительской практикой или интересуется медико-психологическими проблемами в целях личностного роста.

Иллюстрации Евгения Воронова

ISBN 966-521-157-9



© М.Воронов, 2002

© Оригинал-макет. Художественное оформление. Издательство "Ника-Центр", 2002

Моим учителям:

Али Акбару Фурутану,

научившему меня задавать вопросы себе;

Константину Ивановичу Мировскому,

познакомившему меня с Паулем Шильдером,

и многими другими –

моя великая благодарность!

Светлой памяти профессора
Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого
Архиепископа Симферопольского и Крымского
Святого Исповедника Луки
ПОСВЯЩАЕТСЯ



Фантасмагорическое сновидение (вместо предисловия)

...и приснился мне сон. Я – где-то в непонятном месте: то ли на другой планете, то ли в другой реальности. Все вокруг зыбко, неясно, туманно. Все колыхается, переливается, вибрирует, и в то же время ощущается реальность происходящего. Постепенно я начинаю различать отдельные детали призрачного мира этой реальности.

Вижу отдельные сгущения и разрежения – это напоминает мне туман, в одних местах более плотный, в других – разреженный. Я улавливаю перемещения этих сгущений и вижу в них какой-то смысл. Еще не ясен ритм этих движений – но он явно есть.

Я вижу, как эти сгущения сближаются друг с другом, находятся некоторое время в контакте, затем – расходятся. Я мучительно пытаюсь вспомнить, что мне это напоминает. Наконец меня осеняет: да это же они общаются, одни из них более тесно, другие – на некотором расстоянии.

Теперь у меня нет даже тени сомнения – это живые существа, может быть, даже разумные. Вся фантасмагоричность наблюдаемого мной мира в том, что в нем отсутствуют реальные масштабы – нет ничего знакомого, мне не за что зацепиться взглядом. Поэтому я не могу понять, какой величины эти существа и каково расстояние до них.

И все же я приближаюсь к одному из них и погружаюсь в его разреженную, сотканную из едва заметного переливающегося газа оболочку. Она довольно большая, о чем я сужу по времени, в течение которого я двигаюсь в ее толще. Когда я оглядываюсь назад, мне кажется, что она вообще не имеет границ. Я чувствую удивительный комфорт, физический и эмоциональный. Мысли текут легко и спокойно, чувства – безмятежность и покой.

Наконец я вижу впереди какие-то пока смутные, но явно разного характера тени. Появляется чувство беспокойства, необъяснимой тревоги. Мне становится понятно, что я имею дело не с одним существом, а с целой группой реальных сущностей, характер которых мне не ясен. Трудно представить себе их реакцию на мое появление. Ближе становится видно, что существа не просто разные, они настолько сильно отличаются друг от друга, что кажутся пришельцами из разных миров. Одно из них – отдаленно напоминает че-

ловека, два других – похожи на огнедышащие вулканы, еще одно – очень уж страшное: многоликое и многоногое, то ли паук, то ли спрут. Я осторожно проскальзываю мимо них и вижу в центре облачного сгущения что-то, похожее на тончайший пузырь, в котором находятся два очень знакомых существа.

Я без труда проникаю в этот пузырь и сталкиваюсь с существом, ничем не отличающимся от человека, вернее, с двумя существами. Одно из них – плотное, вполне осязаемое, второе – двойник первого, но бесплотный двойник, как бы дух первого. Я решаюсь вступить с ними в контакт и спрашиваю бесплотного: «Кто вы?» Хотя мне каким-то образом видно, что думает и отвечает мне бесплотный дух, но слова исходят изо рта осязаемого существа. Оно говорит: «Я – Тело, а вот этот, бесплотный, – мое Сознание. Я думаю, что это – порождение моего мозга, хотя оно утверждает, что это я, Тело, – его отражение».

«А что это за существа там, за стенкой пузыря?» – спросил я. «Тело» и «Сознание» с удивлением взглянули на меня: «О каком пузыре и каких существах ты говоришь?! Вокруг – безбрежное пустое пространство, в котором живут такие же, существа как мы. Мы пользуемся ими, как зеркалами. Глядя в них, мы видим свои отражения. И ты тоже такое же зеркало. Глядя на тебя, мы понимаем, какие мы и как устроено наше тело и сознание».

Я понял, что у них особый вид слепоты, который не позволяет им видеть то, что расположено за этой полупроницаемой, полупрозрачной, полужеркальной стеной. Мне стало страшно, что я никогда не смогу проникнуть вновь в этот «зазеркальный мир» и вернуться к себе. И я тотчас поворачиваю назад.

Хотя и с большим трудом, но мне все же удается пройти сквозь стену пузыря. Ближе всех к стене находится существо, отдаленно напоминающее человека. Его формы кажутся текучими и неуловимыми, он как бы состоит из сгустков непонятной энергии. Временами он собирается в одно место, у стены, а временами расширяется до объема всего зазеркального пространства. В эти моменты становится видно, что существо это многократно превышает размеры пузыря, в котором находятся «Тело» и «Сознание».

С некоторой робостью я спросил его: «Кто ты?» Существо охотно заговорило со мной: «А это смотря для кого. Зигмунд Фрейд называл меня – «Подсознание», для тебя я – вот их, этих существ в пузыре, – «Неосознанное», а для них я – их старший брат, о котором они ничего не знают, себя же я называю – «Ты». Ты интересен мне, поброди здесь, в этом зазеркалье, познакомься с другими его обитателями, потом поговорим поподробнее».

Внизу я увидел двух вулканоподобных существ. Одно из них изливало потоки лавы ярко-алого цвета в направлении «Ты» – человекоподобного существа зазеркалья. От этих потоков распространялось ровное мягкое тепло. Из кратера другого изливалась темно-красная лава, от которой несло нестерпимым жаром. На мой вопрос, кто они и всегда ли они вот так рядом, первое существо, гревшее все вокруг ровным мягким теплом, ответило, что оно носит имя «Созидательница». Когда-то Фрейд оскорбительно, с ее точки зрения, назвал ее «либидо». Он заявил, что основное ее предназначение – обеспечить «Тело» и «Сознание» энергией для секса – продолжения рода. Второе, грозное, существо зовут «Разрушитель». Они всегда существуют в паре, так как «Ты», «Сознание» и «Тело» нуждаются в росте и развитии, а для того, чтобы что-то построить, нужно вначале что-то разрушить. Как не бывает тени без света, так и не может быть созидания без разрушения. «Беда только в том, что иногда мы воюем между собой, – сказала «Созидательница», – и тогда сил нашему «Ты» достается совсем мало. Когда же мы дружно служим ему, посмотри, какие могучие потоки лавы-энергии мы предоставляем в его распоряжение!»

И тогда я с удивлением спросил: «Так почему же при таких могучих источниках энергии ваши «Тело» и «Сознание» такие слабые и ущербные, ведь они даже вас не видят – они полуслепые?» «Разрушитель» неохотно буркнул: «Спроси вон у того многоногого!»

Вверху с непостижимой быстротой вращало головой с множеством лиц и многочисленными ногами-руками-щупальцами какое-то странное существо. Я попытался рассмотреть его лица и с удивлением обнаружил, что среди них есть прекрасное лицо Будды, ласковое и нежное женское лицо, строгое и мужественное лицо мужское и множество других, не менее прекрасных. Я попросил это существо рассказать мне о лицах, и оно с удовольствием сделало это: «Лицо Будды – это частица моей изначальной сущности – «Цельного Я» – остаток того времени, когда мы все не разделялись, а составляли единое существо. Женское – это лицо нашей мамы, мужское – отца, а все остальные – это лица людей, которые вложили хоть что-то в мое воспитание».

«Как звать тебя?», – спросил я. Существо важно ответило: «Видишь, сколько нас? Меня зовут «Мы», когда-то Зигмунд Фрейд дал мне имя «Сверх-Я», но какой же я «Сверх», я просто убеждения всего того множества существ, лица которых ты видишь. Это их мораль и убеждения в своих возможностях и запретах составляют главную силу нашего сообщества существ». Не понравилось оно мне, да и не поверил я в то, что у него – главная сила.

Я отодвинулся подальше, чтобы рассмотреть, чем это существо занима-

ется. Бросилось в глаза то, что оно было весьма чужеродным в этой группе существ – вот почему оно мне сразу не понравилось. И вот тут я рассмотрел подробности его деятельности и обнаружил, что «Мы» перехватывает потоки лавы-энергии, идущие от «Созидательницы» и «Разрушителя» к «Ты». Его многочисленные щупальца проворно хватают куски лавы и бросают их в стенку пузыря, непрерывно укрепляя ее со стороны зазеркалья. Теперь мне стало многое ясно. Энергия желаний «Созидательницы» и «Разрушителя» давно бы разрушили стену пузыря, и тогда все существа объединились бы. Только вот это чужое, хотя и состоящее из частей многих замечательных существ, «Мы» перехватывало энергию и укрепляло стену.

Я подошел к «Ты» и сочувственно спросил у него, почему же оно позволило так распоясаться чужеродному «Мы». «Оно сильнее меня, – грустно ответило «Ты», – иногда мне удается ухватить кусок лавы и сила желаний становится настолько большой, что через щели в стене я передаю их «Сознанию» и «Телу». На время им становится очень хорошо, а потом этот спрут-паук «Мы» жестоко наказывает меня, а через меня и их», – и существо кивнуло в сторону печально выглядевших за стеной пузыря «Сознания» и «Тела». «А теперь представь себе, что происходит, когда «Созидательница» и «Разрушитель» устроят драку между собой. Тогда мне почти ничего не достается, остатки лавы после драки подбирает «Ты», и я совсем ничего не могу передать моим младшим, которые в пузыре».

Я спросил его, все ли существа в его мире живут так же тяжело, как его семейство. Оказалось, что это не так. Есть среди них существа, у которых «Мы» большой власти не имеет. Дело в том, что тот туман, через который я так долго пробирался к ним, не у всех такой густой. «Ты почувствовал, как в нем хорошо?» – спросило «Ты». И когда я ответил утвердительно, сказало: «Там далеко, на границе этого тумана, смыкаясь с Высшими силами, живет еще один член нашего семейства. Вот его зовут «Сверх Я». Это от него идет энергия, но не та, что от наших вулканов, а совсем другая – энергия высшего знания. Не по нашей вине туман такой густой, что сюда, в зазеркалье, попадает только крошечная часть его энергии – туман не пропускает, рассеивает ее. Но хоть что-то попадает, и вот эту часть «Мы» перехватить не может, хотя и может подпортить. Вот тогда с помощью этой энергии я нахожу способ на время примирить «Созидательницу» и «Разрушителя» не только между собой, но и с «Мы». В эти редкие минуты «Сознание» и «Тело» чувствуют себя совершенно счастливыми, и наказания никакого за этим не следует».

«Как же другие существа проложили дорогу к своему «Сверх Я», чтобы получить доступ к счастью?», – спросил я. «Не знаю, – ответило «Ты», – а

может, это вовсе не их заслуга, а «Сверх Я» этих существ само проникло к ним через туман. Попробуй в своем мире узнать, как это происходит. Если узнаешь, приходи к нам, расскажи – миллионы существ будут тебе благодарны!»

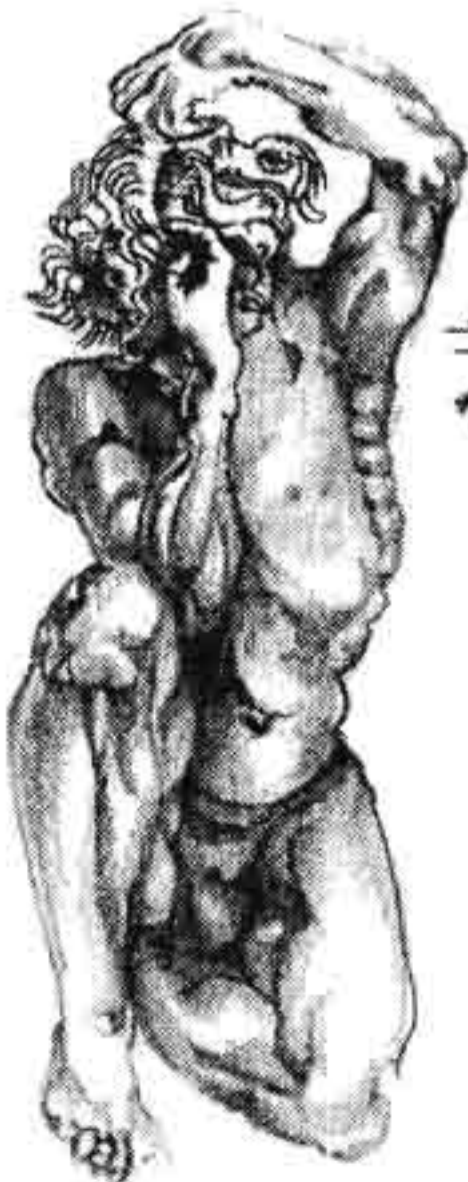
Мы расстались и вдогонку «Ты» крикнуло мне: «Учти, что энергия от «Сверх Я» идет особым образом – в виде правильных многоугольников-пентаграмм, а при прохождении через туман эти пентаграммы становятся слабыми и «Мы» их всячески искажает!»

Проснулся я и долго думал: кто я? Мои «Тело», «Сознание» и мое «Ты», которому приснилось все это? Или это я, которому снилось мое «Тело», «Сознание» и мое «Ты»? Не найдя ответа на свой вопрос, я решил написать эту книгу, в конце которой, возможно, сумею ответить на вопрос приснившегося или реального «Ты» (рис. 1).

“ЛЫІ”



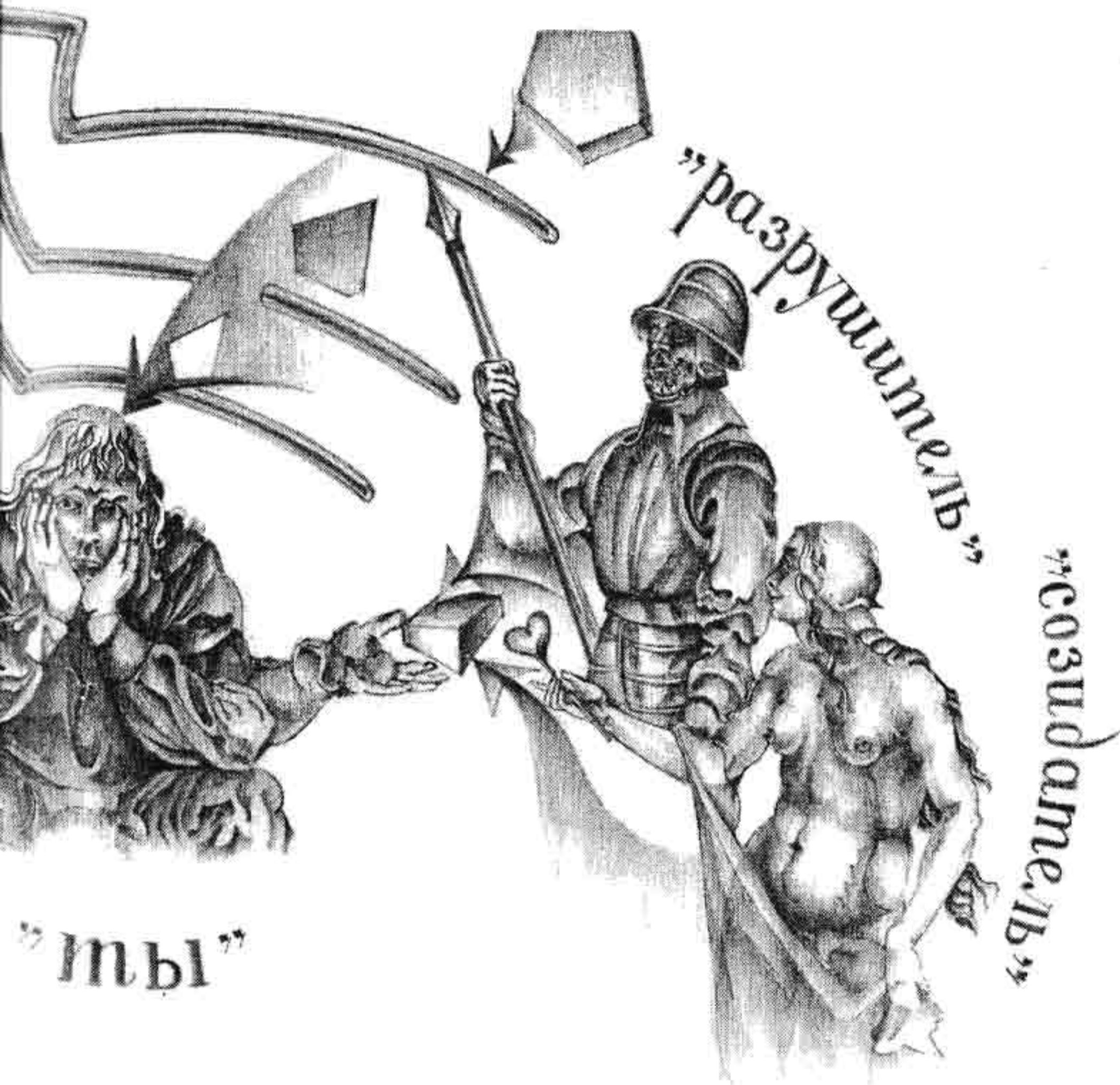
“Сознание”



“Тело”



«сверх Я»



«разрушитель»

«создатель»

«ты»

Рис.1. Функциональная схема «Тело, сознание, неосознанное»

«Цельная сущность»

Интегративная модель человека и его конфликтов

У всех нас, проходящих на эту планету, миссия одна: пережить опыты, и пережить так, чтобы принять их и через них полюбить себя.

Лиз Бурбо

Справка: Бурбо Лиз – канадская писательница и учитель, ученица Луизы Хей, создатель простых упражнений и медитаций, позволяющих стать хозяевами своих эмоций.

Многие праведники были бы счастливы вновь прожить свою жизнь в этом теле, чтобы не только прожить ее иначе, но и принять при жизни то, что мучило их виной и раскаянием. Принять все, что было, и использовать принятый опыт, чтобы бесконечно возвышаться на пути познания себя и Бога – это, возможно, и есть часть великого Божественного Плана. По всей видимости, активная деятельность на этом пути познания, т.е. Свобода Воли, возможна лишь в материальном мире. Во всех остальных мирах Бога исполняется только Воля Его, а Божественная Логика недоступна пониманию человека.

«Поскольку иногда опыт переживается в неприятии, т.е. в осуждении, страхе, чувстве вины, сожалении и других формах отрицания, то человек снова и снова притягивает к себе обстоятельства и личности, которые заставляют его снова и снова переживать этот же опыт».

Объяснение этому лежит в потребности повторения действий, которую описал Пауль Шильдер. До тех пор, пока опыт не принят и не усвоен, пока он не стал частью тебя и твоей личности (пока не **пройдена фаза примирения со своим прошлым и принятия своего прошлого – фаза смирения**), ты вновь и вновь возвращаешься к этому прошлому, как возвращается в моменты душевного напряжения к соске-пустышке ребенок. Возвращается до тех пор, пока не примет (не примет без понимания или не поймет, ибо принятие часто следует за пониманием), что это только жалкий суррогат источника пищи – соска материнской груди. Так и взрослый человек возвращается к

своим детским регрессивным формам реагирования (чувствам, мыслям и поведению) – осуждению, страху, обиде, вине, сожалению – до тех пор, пока не поймет и не примет этот опыт как необходимый. Этот опыт как детские болезни, он нужен, чтобы развился психологический иммунитет и появились новые, конструктивные реакции на препятствия. Принятие – это результат процесса, который называется **прощением**, прощением прежде всего себя, других и всего, что окружает тебя и что выражает себя через обстоятельства. Принять – это не значит согласиться и не всегда значит оправдать, принять – это значит простить и взять на себя ответственность за то, чтобы дальнейшие действия не вызвали реакций самоотрицания.

Справка: Шильдер Пауль Фердинанд (1886–1940) – значимая фигура в истории психоанализа, австрийский ученый, разработал нейропсихологическую основу понимания принципа движения, которая нашла отражение в работе «Образ и внешний облик человеческого тела», перейдя от прежней схемы тела к его образу как концепции. Он же усовершенствовал понятие «пространство тела».

Что мешает нам поступить именно так? Наши **убеждения**. Но наши ли они?

Опустимся в глубины себя. Хотя, собственно говоря, почему опустимся? Возвысимся до своих вершин, так будет верней. А то со времен Фрейда и его термина «подсознание» неосознанные части нашего существа воспринимаются как мрачный, темный подвал с его разрушительными инстинктами. Что мы «увидим» там? Мы ведь живем в своем теле и в своем внутреннем сознательном мире, отделенные от остальных наших частей подобием односторонне-зеркальной стены. Из-за этой стены видно, что происходит в нашем теле и сознании, у нас же нет органов чувств и механизмов сознательного мышления, которые дали бы нам возможность заглянуть за эту стену. И вместе с тем, у нас есть возможность фантазировать, создавать модели явлений, нам неизвестных. Эти фантазии-модели, если они позволяют нам объяснить непонятное и даже предсказать нечто ранее неизвестное, служат делу познания себя и мира. «Любая модель или рабочая гипотеза только тогда может быть полезной, когда она ставит новые вопросы, когда она обеспечивает возможность поиска новых путей и новых экспериментов» (П.К.Анохин).

Справка: Анохин Петр Кузьмич (1898–1974) – советский физиолог. Предложил свое собственное понимание подкрепления, отличное от классического. Оно рассматривается им как основанное на сравнении того результата, который требуется достичь (желаемого состояния – цели), с динамически возникающей обратной связью, которая свидетельствует об адекватности или неадекватности реакции (достигнуто требуемое состояние или нет). На этой основе им была разработана теория функциональных систем.

Вспомним фантазии о миазмах, которые переносят болезни, которые привели к появлению микробиологии. Таким фактам в истории науки нет числа.

Так вот, фантазия о том, что за этой стеной. Великий фантазер Фрейд «увидел» там трех существ, которых он назвал «Оно», «Я» и «Сверх-Я». Эта фантазия позволила в течение ста лет развить науку о процессах в неосознанном. Вместе с тем, накапливается все больше данных, которые не поддаются объяснению на основе только этой модели. А главное, как и во время Фрейда, нет убедительной гипотезы относительно того, как из мира идеального, мира эмоций и мыслей, информация проникает в мир материальный. Фрейд утверждал: он убежден, что в основе процессов психических лежат органические (материальные) механизмы и, хотя, как он выражался, у него ничего, кроме убеждения, нет, время покажет его правоту. Создавая такое идеалистическое направление, как психоанализ, он оставался убежденным материалистом. Время идет, а правота материализма по-прежнему подвергается сомнению.

В качестве модели, примиряющей материализм и идеализм, появилась модель Виктора Франкла, в которой он показал возможность того, что и материальное тело и идеальное (в смысле – не материальное) сознание могут быть проекциями-тенями мира третьего – мира Духа. Согласно этой модели, все, что происходит с нами, вначале совершается в третьем, не осознаваемом нами мире Фрейда, а затем проецируется на тело и сознание. Это объясняет многое, но не все. Например, как тогда объяснить, почему грамотная работа с телом и сознанием, приводит к гармонизации жизни человека?

Справка: Франкл Виктор (1905–1998) – австрийский психолог и психиатр. Получил психоаналитическое образование, но в дальнейшем отошел от классического психоанализа. Во время второй мировой войны находился в качестве заключенного в немецком концлагере. Разработал собственное психологическое учение, в которой было постулировано, что основной движущей силой развития личности выступают поиски смысла. При отсутствии смысла возникает экзистенциальный вакуум, проявляющийся как невроз. Помочь пациенту можно, лишь инициировав его собственную активность. На основе этих идей разработал комплекс психотерапевтических мероприятий, названный им логотерапией.

Для объяснения взаимного влияния тела, сознания и неосознанной части психики убедительна гипотеза Алексея Порошина, автора книги «Введение в голографическую медицину». В ней он показывает, что человек во всех его частях **голографичен**, т.е. как в каждом кусочке разбитой пластинки с голограммой содержится все изображение, так и в каждой частичке человека содержится он весь. А это означает, что процессы, которые идут в одной час-

ти человека, идут и в остальных, а изменения, происходящие в одной из частей, будут изменениями и в другой.

Так что же это за части? По эту сторону стены – материальное тело и идеальное сознание. Тело живет по законам материального мира, где есть пространство, время и причинно-следственная связь. Сознание существует по законам мира идеального, в котором пространства и времени нет, а вот причинно-следственная связь все та же. Логическое мышление человека, осознающего себя с помощью механизмов материального мира (органов чувств и мозга с его интеллектом, осознаваемыми эмоциями и волей), не может пользоваться другой логикой, кроме логики материального мира.

А что там, за стеной? Вернемся с помощью фантазии в самое начало жизни, в момент зачатия. В генах уже записано все тело, а что же со всеми остальными частями? Предположим, что есть **нечто**, в чем закодированы и все данные о будущем внутреннем мире человека: и о том, что по эту сторону стены, и о тех, частях, что за ней. На этом этапе жизни человека все его части неразделимы, он – **«Цельное Существо»**. И пока не выделится в возрасте около двух лет сознание с речью и возможностью осознавать свое отличие от окружающего мира, по нашему мнению, он будет оставаться цельным. Свою главную и единственную в этом возрасте задачу – выжить – он будет осуществлять бессознательно, используя закодированные в **нечто** способы и механизмы выживания. Ребенок будет различными способами сигнализировать миру о своих желаниях и приспособляться к этому миру, ничего об этом мире не зная и воспринимая его только как часть себя. По всей видимости, именно то, что мы называли **«нечто»** имел в виду Карл Юнг, когда говорил об «архетипах» мышления, в частности, «архетипе самости».

Справка: Юнг Карл Густав (1875–1961) – швейцарский психолог и психиатр. В 1906–1913 гг. работал с З.Фрейдом, в дальнейшем отошел от классического психоанализа. Создал собственную аналитическую психологию, основанную на анализе – при использовании аналогий из мифологии – сновидений, бреда, шизофренических расстройств. В результате многолетних клинических исследований пришел к заключению, что в психике человека существенную роль играет не только индивидуальное, но также и коллективное бессознательное, содержание которого представлено архетипами, унаследованными от предков. Центральное место занимает архетип самости (Selbst). Предложил типологию характеров на основе двух признаков: по ориентированности установки (экстраверсия–интроверсия) и по доминирующей функции (мышление, чувство, ощущение или интуиция). Разработал методику ассоциативного эксперимента.

Но вот вместе с речью (второй сигнальной системой) начнет пробуждаться сознание, в которое станут пробиваться сигналы окружающего мира. Они сообщат ребенку о том, что он – только часть этого мира, а не весь мир, а

он ответит этому миру появлением слов «Дай!», «На!» и словами «Да» и «Нет». И вот здесь через появившееся в его существе окно – осознающее свое отличие от окружающего мира окно сознания – мир в лице родителей начнет формирование в нем «зазеркальных» (не осознаваемых) частей. До этого в нем существовали только желания (желания удовлетворить потребности: потребность получить удовольствие и потребность уйти от боли), и его **«Цельное Существо»** делало все, что хотело и могло, для их удовлетворения. А теперь мир говорит ему: «То, что раньше было хорошо, теперь – плохо!» С этого времени «что такое хорошо и что такое плохо!» ребенок уже сам решать не будет – это будут делать за него окружающие, и прежде всего родители. Раньше родители только радовались его испачканным пеленкам («хороший стул»), а теперь недовольны тем, что он пачкает штанишки, и требуют отложить получение удовольствия до тех пор, пока не посадят его на горшок. Кстати, один из «просветленных», Марк Твен, говорил: «Мы значительно преувеличиваем сексуальное удовольствие, резко преуменьшая удовольствие от опорожнения».

Так появляется часть, которую Фрейд назвал «Сверх Я» – мораль, устанавливающая должное отношение к миру. Однако желания ведь никуда не делись, их не уничтожить, они – основа жизни («нет желаний жить – и жить незачем!»). Эту переполняемую желаниями, противостоящую часть Фрейд назвал безлично – «Оно». А ту часть, которая появляется для уравнивания «Оно» и «Сверх Я» и принятия решений, как же все-таки жить, Фрейд назвал «Я».

Мы предлагаем пристально «рассмотреть» эти части, чтобы увидеть, цельные ли они и те ли имена носят. Начнем со «Сверх Я», именно оно отвечает за начало разделения зазеркалья. Во-первых, «Я» ли это, пусть даже с приставкой «Сверх». Может быть, какая-то часть меня и была закодирована в моем **нечто** как часть общечеловеческой морали, но это – часть меньшая. А вот то, что большую часть в меня «вставили» окружающие, воспитывая на своем примере, поощряя одни мои поступки и наказывая за другие, – это факт. Если уж пользоваться местоимениями, то это скорее **«Мы»**, а еще точнее – **«Мое Мы»**. Это ведь часть меня – значит, «Мое», а выражает групповые пожелания моего окружения, значит, «Мы». Эта часть многолика, чаще всего у нее лицо моей матери, но со временем будут просматриваться лица отца, бабушки и дедушки, воспитателей и друзей, даже лица героев любимых сказок. Однако временами в **«Моем Мы»** проступает лицо «Моей Цельной Сущности – архетипической самости Юнга». Это – лицо Будды.

А как же выглядит «Оно»? Это не одно существо, их два. Одно из них хочет строить, а другое – разрушать. Одно из них – созидательное начало, ко-

торое, по Фрейду, снабжает нас силой – либидо, по его мнению, предназначенной исключительно для продления рода, только для секса. А второе – начало разрушительное, названное Эриком Берном – мортидо.

Справка: Берн Эрик (1902–1970) – американский психотерапевт и психолог, создатель **трансактоного анализа**. По аналогии с классическим психоанализом трансактный анализ ориентирован на выявление сценариев жизненных планов индивида, которые часто навязываются родителями. Этот анализ был расширен за счет структурного анализа, при помощи которого в «Я» индивида, находящегося в различных коммуникативных ситуациях, выделяются три состояния: Родитель, действующий по типу отношения родителя к ребенку; Взрослый, объективно оценивающий реальность; Ребенок, действующий по типу отношения ребенка к родителям.

Обе программы характеризуются, как и все процессы, вибрацией расширения и сужения: расширение в первой программе – любовь, а расширение во второй программе – ненависть. Обе программы имеют фазы экспансии (агрессии – расширения), а также фазы сужения – страха. Противостояние этих программ – страха и агрессии – «ключевой» конфликт, по Носсрату Пезешкиану.

Справка: Пезешкиан Носсрат (1933) – современный немецкий психотерапевт, создатель направления в психотерапии, которое он назвал «Позитивная психотерапия». Главные идеи этого направления: «Единство всех психотерапевтических учений», «Единство всех частей человека: тела, души и духа» и «Единство всех видов конфликтов», которые он сводит к ключевому конфликту между агрессией и страхом.

Фактически программа созидательная – это программа жизни, а программа разрушительная – это программа смерти. Программа смерти, в частности, в нашем теле осуществляется с помощью генетически запрограммированного механизма апоптоза – уничтожения клеток. И иначе нельзя: ведь невозможно представить себе, чтобы клетки только делились (созидались), вскоре они уже не могли бы разместиться в нашем теле.

Вышеупомянутые вибрации созидательной и разрушительной программ характеризуются определенной амплитудой, размах-амплитуда этих колебаний – и есть сила желаний. Именно она количественно характеризует имеющуюся у человека психическую энергию.

На уровне животных механизм «желание» (осознанное стремление) еще отсутствует, есть только инстинкты (стремления неосознанные). Вот почему на животном уровне нет чувств (эмоций осознанных), а есть только простейшие эмоции. На уровне Божества желание уже отсутствует, Божество самодостаточно, у него все есть, у него нет ограничений и преград и, как

следствие, нет механизма возникновения эмоций. Вот почему Будда так бесстрастен.

Понятно, что одна сила, одна программа не может существовать без другой, нет созидания без разрушения, как нет добра без зла, а дня без ночи. Но вот только почему созидательная программа служит исключительно сексу? Разве больше нет у человеческого существа, в отличие от животного, других задач, кроме продления рода?

Строить тело – это значит какие-то части его разрушать. Отмирает пуповина, чья это часть тела – ребенка или матери? И это далеко не единственный пример разрушения, в организме идет непрерывный процесс уничтожения как чужеродных белков, так и своих. Таким же образом в психике идет процесс разрушения старых представлений и созидания новых. Непонятно, почему эти существа были названы безличным местоимением «Оно», ведь это вполне определенный **«Мой Он – Созидатель»** и **«Мой Он – Разрушитель»**. Вот они хотят, так хотят! Например, один хочет любви и другой – тоже, но один для этой цели предлагает себя, а другой – устраняет препятствия. Один хочет любви, стремится к объекту своих желаний и любит, а другой – хочет того же и ненавидит все, что мешает приблизиться к объекту. «Чтобы сильно ненавидеть, нужно очень сильно любить!» Любовь ли, ненависть – оба эти чувства агрессивны. К сожалению, далеко не всегда «Мой Он Созидатель» и «Мой Он Разрушитель» работают в «одной упряжке».

А что же «Я»? С ним тоже не все ясно! Почему «Я», если одно «Я» – «Сознательное Я» – уже есть? Может быть, это его бессознательный двойник? Так нет, не похож: и память невообразимо большая (существуют научно подтвержденные доказательства этому), и логика не совсем та, что у «Сознательного Я», – не поддаются логическому анализу его механизмы деятельности, например, интуиция. Нет, никакой это не «Я», это скорее **«Мой Ты»**, это мой невидимый за зеркальной стеной «мудрый старший брат», который направляет мое тело и сознание и руководит ими, к сожалению, не всегда «мудро».

Откуда же у него так много сил? И всегда ли много?

У бывшего «Я», а теперь **«Моего Ты»**, психическая сила желаний **«Моих Созидателя и Разрушителя»**. Это та часть желаний, которые не связали силы **«Моего Мы»**. Свяжи он им руки полностью, сил жить не осталось бы во все, как их не остается у тех людей, у которых «Мы» полностью лишает «Ты» всех желаний, запрещая любить и ненавидеть. Они либо уходят из жизни, если этот процесс остается не осознанным, либо устанавливают такое отношение к жизни, которое приводит к «нирване» буддизма, если это осознано. К счастью, в большинстве случаев желания так сильны, что никакое **«Мы»** не

может их связать, а «мудрое» **«Мое Ты»** находит способы удовлетворить желания способами, приемлемыми для **«Моего Мы»**. А уж если не находит и желания прорываются против его воли, то эта часть жестоко карает **«Мое Ты»**, заставляя его страдать вместе с **телом и сознанием** от чувства вины и сожаления.

Почему у одних людей **«Мое Ты»** сильное и мудрое, а у других – не очень?

Во-первых, сила **«Разрушителя»** может столкнуться и устроить междоусобную войну с силой **«Созидателя»**, и тогда **«Моему Ты»** достанутся только остатки их сил после потерь в этой войне. Представим себе, что человек испытывает двойственные чувства к объекту: и любит, и ненавидит. Где уж ему в этом случае взять сил для конструктивного овладения объектом!

Во-вторых, мудрость **«Моему Ты»** дает еще какая-то часть моего существа. Откуда же еще взяться этой мудрости: ведь **«Мои Они»** имеют только желания, а у **«Моего Мы»** есть только долг и запреты. А без этой мудрости сила желаний увязнет в бесконечной войне с моралью.

Что же это за часть? Вот теперь пришло время вспомнить о том **нечто**, в котором закодировано все, что может быть в моем внутреннем мире. Эту часть и назовем **«Мое Сверх Я»**, а ее область – «Сверхсознательным». Эта часть моей «Цельной Сущности», которая никуда не делась, просто с появлением **сознания** все мое внимание было сосредоточено на нем, из-за влияния **«Моего Мы»** я все больше из мира внутреннего переходил в мир внешний, в мир желаний моего тела и сознания. А желаний у них много, особенно у сознания. Это желания власти, славы и богатства, желания достижений во внешнем (материальном) мире. Мое окружение, прежде всего родители, насильно «тащили» меня в материальный мир, желая мне добра и счастья. Они хотели уберечь меня от ударов об острые углы этого безжалостного мира.

Вследствие этого связь с **«Моим Сверх Я»** с возрастом слабеет, хотя полностью не прерывается никогда. Именно оттуда **«Мой Ты»** иногда получает подсказки, как же следует поступать в нестандартных ситуациях, чтобы удовлетворить желания социально допустимым способом. Из-за плохой связи между ними эти подсказки не всегда правильно расшифровываются, на веру принимаются указания **«Моего Мы»** и желания подавляются. Впоследствии сила подавленных желаний прорывается разрушительным для меня способом, заставляя страдать от болезней или душевных мук. Смысл этих страданий в том, чтобы целенаправленной работой восстановить утерянную связь. **«Мое Сверх Я»** – это та самая часть, которая создана «по образу и подобию». Именно об этой части писал Гаврила Державин: «...Ты во мне сияешь величием Твоих щедрот, во мне себя Ты отражаешь, как солнце в ма-

лой капле вод!» Здесь – творческие способности, не проявленные таланты, паранормальные способности и многое-многое другое.

Восстановление утерянной связи с **«Моим Сверх Я»** иногда происходит как бы без нашего участия – состояние «просветления» (это и есть свет этой связи) может наступить в результате физической или психической травмы. Нам не дано знать, по какому выбору и почему это происходит. Мы только знаем, что в большинстве случаев это – результат трудной работы, которая носит название «личностный рост», суть которой в понимании и принятии смысла всего, что происходило и происходит с тобой.

Некоторые замечания о «зеркальной стене». Какая часть меня ее строит, и какие силы нужны для ее возведения и ремонта? Чтобы приблизиться к пониманию этого, приведем случай из практики «Хосписа»:

Пациентка 48 лет, рак молочной железы, метастазирующий в кости таза, позвоночник, мочевого пузыря. Состояние крайней тяжести, для обезболивания применяется до 20 мл морфия в сутки. Больная своего состояния не осознает, требует квалифицированного лечения. Совместными усилиями психотерапевта и священника до ее сознания с помощью метафор доводится информация об истинном состоянии ее здоровья. Больная смиряется с тем, что ее жизненная программа подходит к концу. В результате ее состояние улучшается, обезболивание достигается 1 мл морфия, качество жизни существенно улучшается, пациентка спокойно заканчивает свои земные дела, прощаясь с родственниками и друзьями. Вопреки прогнозам она живет не 1-2 дня, а 20 дней, фактически столько, сколько ей понадобилось для завершения дел. Откуда появились у нее силы? Мы полагаем, что ее **«Ты»** безуспешно пыталось «достучаться» до ее **«Сознательного Я»**, но стена была слишком толстой и все ее силы уходили на ее «ремонт». Эту стену поддерживали силы, которое ее **«Мы»** отбирало у ее **«Ты»**. Мораль нашего общества приказывает не принимать мысли о смерти. Все, что нам запрещает наша мораль (именно **наша**, а не **моя**, **«Мы»**, а не **«Я»**), не пропускается в сознание цензурой **«Мы»**. Как только барьер между сознанием и неосознанным был снят, эти силы были возвращены в ее **«Ты»**, оно нашло им применение, улучшив на необходимое время состояние больной. Все, что, по мнению **«Мы»**, не должно быть допущено в сознание, требует огромных сил на удержание его запретной части в «зазеркалье» – для укрепления стены. Приведенный случай показывает, какие огромные силы на это уходят.

Убедительная статистика существует в Израиле. Там на кануне самого большого праздника – Пасхи – резко снижается смертность, а после него – резко возрастает. Еврейский праздник «Пейсах» характерен тем, что в этот день в доме собираются все близкие люди, причем, если один из них болен,

то собираются у него в доме. И этот больной не позволяет себе умереть до тех пор, пока не встретится еще один, может быть, в последний раз с родными и близкими. **«Его Ты»** получает такую колоссальную силу желаний **«Созидателя»**, что, будучи не связанным силами **«Его Мы»**, преодолевает слабость **«Тела»** до того момента, когда сам разрешит действовать силам **«Разрушителя»**.

Итак, вот «найденные» мной части: **«Мое Тело»**, **«Мое Сознательное Я»**, **«Мое Мы»**, **«Мой Он Созидатель»** и **«Мой Он Разрушитель»**, **«Мой Ты»** и **«Мой Сверх Я»**. Все вместе они составляют **«Цельную Сущность»**. Это целая система, которую, казалось бы, нельзя объяснить понятиями части, понятиями **«Моего Сознательного Я»**. Согласно второй ограничительной теореме Геделя, в формальной системе может быть выдвинуто предположение, которое нельзя ни доказать, ни опровергнуть методами этой системы. Подчеркиваю, всей системы, а не какой-то ее части, как в данном случае. Однако в данном случае речь не идет о системе, которая поддается формализации. Эта теорема была применена в арифметике, а затем Гедель применил ее к языку. И очень быстро лингвисты доказали, что язык не поддается формализации из-за многозначности слов. Слова имеют одни значения, если организованы в текст деловой, и совсем другие – если в текст поэтический (текст метафор, ритмически организованный). Это – разные способы организации текста.

Здесь просматривается аналогия с многозначностью языка личности: левое полушарие пользуется «деловым» языком, а правое – «языком» метафорическим, образами. «Когда Логос (разум) себя исчерпывает, он призывает Мелос (мелодию)» (Хайдеггер). А для нас это означает, что когда бессильна логика левого полушария, спасти может только метафорическое мышление правого. Многие крупные ученые утверждают, что когда они приходят к каким-то фундаментальным выводам, дальше – тупик, из которого выход только один – в беспредельную метафоричность, имя которой – Бог. Сознание и «зазеркалье» (неосознанное) взаимно описывают, соединяют друг друга, как это происходит с кварками и глюонами в квантовой физике. Великий физик современности Гейзенберг заявлял: «Мир устроен по метафоре!!!», т.е. Божественным Промыслом. Метафора, как любой поэтический текст, имеет свою тактовую структуру – выраженную вибрацию, которая, если попадает в резонанс с воспринимающей системой, вызывает многократно усиленный ответ. А затем встает следующая проблема – как перевести эту лавину появившихся образов на «деловой» язык левого полушария. Лопатин писал: «Человек рождается поэтом». Ребенку задается ритм, и он в ответ начинает что-то произносить, даже бессмысленный детский лепет на самом

деле ритмически (поэтически) организован. Таким образом (поэтически – ритмично и метафорично) организована **«Цельная Сущность»**.

«В начале было Слово!» – нужно понимать Слово как образ, поэтически организованное (матрица-оператор на языке математики). Великий астрофизик и математик Барроу говорил: «Любое не поэтическое раскрытие реальности не может считаться полным и достоверным». И теперь становится понятной достоверность библейских текстов, они – целиком метафоричны. Вспоминается вдохновенная ода Гаврилы Державина «Бог», написанная им в момент просветления, когда свет его **«Цельной Сущности»** достиг его сознания. И в этот миг он нашел слова, которые переполняли **«Его Ты»**, вошедшего в резонанс с вселенскими ритмами и установившего канал связи между **«Сверх Я»** и **«Я Сознательным»**:

«Хаоса бытность довременну
Из бездн ты вечности возвал,
А вечность прежде век рожденну
В себе самом ты основал».

Вот как звучит на языке поэзии математический символ матрицы-оператора. Сократ говорил: «Мир устроен поэтически, и поэт слышит язык мира. Рапсод (певец) его доносит». В книге притч Соломона 18-21 читаем: «Жизнь и смерть находятся во власти языка. И любящие Его вкушают от плодов Его. И наполнишь чрево свое от плода уст своих».

Очень может быть, что **«Мой Сверх Я»** смыкается с силами Абсолюта, и его свет – это прямой или отраженный свет Высшей Силы. А это означает, что **«Мой Сверх Я»** – это оставшаяся неизменной **«Моя Цельная Сущность»**, с которой все остальные части утратили или, вернее, ослабили свою связь. Ясно только одно, если эта связь есть, если процессы в моих частях идут так же, как в **«Сверх Я»**, значит, во всей Вселенной, эти процессы гармоничны, ибо мы видим во Вселенной порядок и гармонию. Если же в какой-то из частей этот порядок нарушен, то и в остальных частях, исключая **«Мое Сверх Я»**, он будет точно так же нарушен. Вполне вероятно, что через **«Мое Сверх Я»** будет в какой-то степени нарушен и порядок в мироздании подобно тому, как от взмаха крыла бабочки может возникнуть разрушительный ураган.

Заканчивая этот блок рассуждений, нельзя ни отметить фундаментальную закономерность Мирового Порядка и Психики Человека: вначале создается общее – матрица, Структура Абсолюта, Цельная Сущность, в которых закодирован порядок, – матрица-оператор, а уж из них создаются частности. Без матрицы эти частности превратили бы любую систему в хаос. Дальнейшие рассуждения будут касаться гармонии в этой матрице, весьма возможно, что гармония – способ взаимоотношения частей между собой и с целым – и есть один из аспектов функционирования матрицы.

Возвратимся к идее голографичности частей человека. Все ли его части зависимы? Возможно, существуют автономные? Если в каких-то частях процессы идут не так, как в основной массе существ, то по этому признаку можно отличить голографические части от самостоятельных. **«Мое Сверх Я»** – часть Абсолюта и зависит от него, процессы в нем протекают так, как во всей Вселенной. **«Мое Мы»** – часть коллективного сознания и подчиняется ему, **«Мои Они»** – часть моей животной сущности и слушаются только ее. Только **«Мой Ты»**, **«Мое Сознательное Я»** и **«Мое Тело»** – вторичны и зависят от первых трех. Вот в них и будут синхронно проходить все процессы. Что же это за процессы?

Наблюдая за поведением человека и животных, мы обнаружили закономерность в том, как они реагируют на появление любого **препятствия**. Еще первый лауреат Нобелевской премии великий ученый И.П.Павлов отметил роль **препятствия** в формировании приспособительных реакций животного и человека. В дальнейшем эту мысль развили в виде **стимул-преградной теории** основатель Харьковского института неврологии и психиатрии В.П.Протопопов и его ученик – А.Н.Шогам. Если препятствия для животных – это **препятствия** физического мира, то у человека появляются еще и **препятствия** в мире идеальном – моральные запреты, **препятствия**, порождаемые **«Его Мы»**. Главной метафорой этого **препятствия** является «зеркальная стена».

Что же может сделать человек, перед которым находится **препятствие** на пути удовлетворения желания. У него есть 5 возможностей, 5 видов реакции.

1. Он может, оценив свои силы и характер **препятствия**, преодолеть его. В сущности, это единственный тип реакции, который позволяет достигнуть цели. Это ее позитив. Негатив – возможное разрушение или истощение при неправильной самооценке или недооценке препятствия. Эмоция, характерная для этого вида реакции, – **радость**, а внешнее ее проявление – смех. Мы назвали этот тип реакции **экспансией** (рис. 2).

2. Если при оценке соотношения своих сил и характера **препятствия** человек обнаружит, что сейчас у него мало ресурсов (информационных и материальных), но есть возможность их приобрести, то он примет решение временно остановиться у препятствия для накопления сил. Позитив – обеспечение будущего, подготовка к преодолению предстоящих **препятствий**. Негатив – отсутствие действий в настоящем. Характерной эмоцией здесь будет **тревога**, а внешним проявлением – скулеж (нытье). Мы назвали этот тип реакцией **накопления** (рис. 3).



Рис.2. Стадия экспансии

ЗЕМЛЯ тревога



Накопление информации

Рис.3. Стадия накопления

3. Если будет принято решение, что преодолеть **препятствие** не удастся, человек перестанет стремиться к его преодолению. Эту реакцию мы назвали реакцией **смирения**. Позитив – трезвая оценка непреодолимого в настоящий момент препятствия, принятие прошлого опыта как основы для выработки решения о способе преодоления препятствия. Негатив – внимание к прошлому и отсутствие действий в настоящем, стремление к повторению событий прошлого. Эмоция – **печаль**, сожаление, а внешнее проявление – плач (рис. 4).

4. Если **препятствие** настолько страшное, что пребывание вблизи него грозит разрушением, будет принято решение убежать и спрятаться, уйти в эмбриональное состояние. Позитив – самосохранение и возможность накопления внутренних сил, которые будут нужны при преодолении препятствия. Негатив – утрата контроля над происходящим. Это – реакция **капитуляции**, эмоция – **страх**, проявление – стон (рис. 5).

5. Возможен вариант, когда силы будут сконцентрированы, а команда на преодоление **препятствия** не поступит. Позитив – готовность к действию, воля к преодолению препятствия. Негатив – отсутствие действия, а только его демонстрация. Это реакция **концентрации**, эмоция – **гнев**, проявление – крик (рис. 6).

Как видно из приведенных характеристик реакций на **препятствие**, все они могут быть позитивными, если адекватны ситуации, и негативными, если ей не соответствуют. Когда выяснилось, что эти реакции, чередуясь в определенном порядке (так, как это показано выше), приводят к позитивному результату, стало ясно, что мы вышли на универсальную систему последовательности реакций, созидательные связи системы пяти первоэлементов У Син.





Рис.4. Стадия смирения – принятия решений



Рис.5. Стадия капитуляции (расслабления)

ДЕРЕВО

гнев



Рис.б. Стадия концентрации

Согласно воззрениям древней китайской медицины, пентаграмма У Син существует на всех уровнях – «большое в малом и малое в большом» – голографичность. Исходя из этого напрашивается вывод, что каждая из описанных выше реакций сама идет в той же последовательности микросостояний. В ходе реакций застоя, которые будут рассмотрены ниже, происходит то, что китайцы называли «элемент в элементе». Например, застойная тревога означает, что здесь наблюдается «тревога в тревоге», или «земля в земле».

Мы предполагаем, что для реализации управляющих ходом реакций влияний используются возможности вегетативной системы. **Реакция накопления** идет под воздействием **парасимпатической системы** (подробно этот вопрос освещен в работе «Модель психотерапевтических взаимодействий с учетом влияния различных регуляторных систем», Харьков, 2001). **Реакция смирения** – совместное воздействие **парасимпатической** и **метасимпатической систем**. **Реакция капитуляции** – воздействие **парасимпатической, симпатической** и **метасимпатической систем**. **Реакция концентрации** – **симпатическая** и **метасимпатическая системы**, а **реакция экспансии** – чисто **симпатическая** (рис. 7).

Особенно показателен ход этих реакций в терминальный период жизни, описанный Элизабет Кюблер-Росс и наблюдаемый нами в харьковском «Хосписе» практически во всех случаях, когда пациента удается избавить от страданий. Первая реакция на известие о диагнозе неизлечимого заболевания – шок (**капитуляция**). Затем **концентрация–демонстрация** – гнев на персонал и родственников («почему это случилось именно со мной!»). После этого – попытки преодоления препятствия (**экспансия**), поиски целителей и недобросовестных врачей, обещающих чудо. На этой стадии пациент может задержаться, и мы ему в этом не препятствуем, так как здесь присутствует надежда и она позволяет улучшить качество жизни. Затем наступает депрессия (реакция **накопления** эмоций) – самая тяжелая из реакций. И наконец – реакция **смирения**, принятия и примирения с тем, что жизненная программа движется к концу. На этой стадии и физические, и душевные страдания уменьшаются, пациенты живут оставшийся отрезок времени хотя и в печали, но без мук. Любой другой ход реакций мучителен для пациента.

Справка: Кюблер-Росс Элизабет – современный американский психиатр, известнейший специалист по проблемам смерти и умирания.

Всякое психосоматическое заболевание, как и отсутствие адекватной реакции на препятствие (неправильный выбор типа реакции), есть следствие нарушения **правильного чередования** реакций – их созидательного порядка. Так, если после радости преодоления препятствия вместо тревоги (заботы о будущем) появляется гнев, то это чувство вины, если гнев на себя, оби-

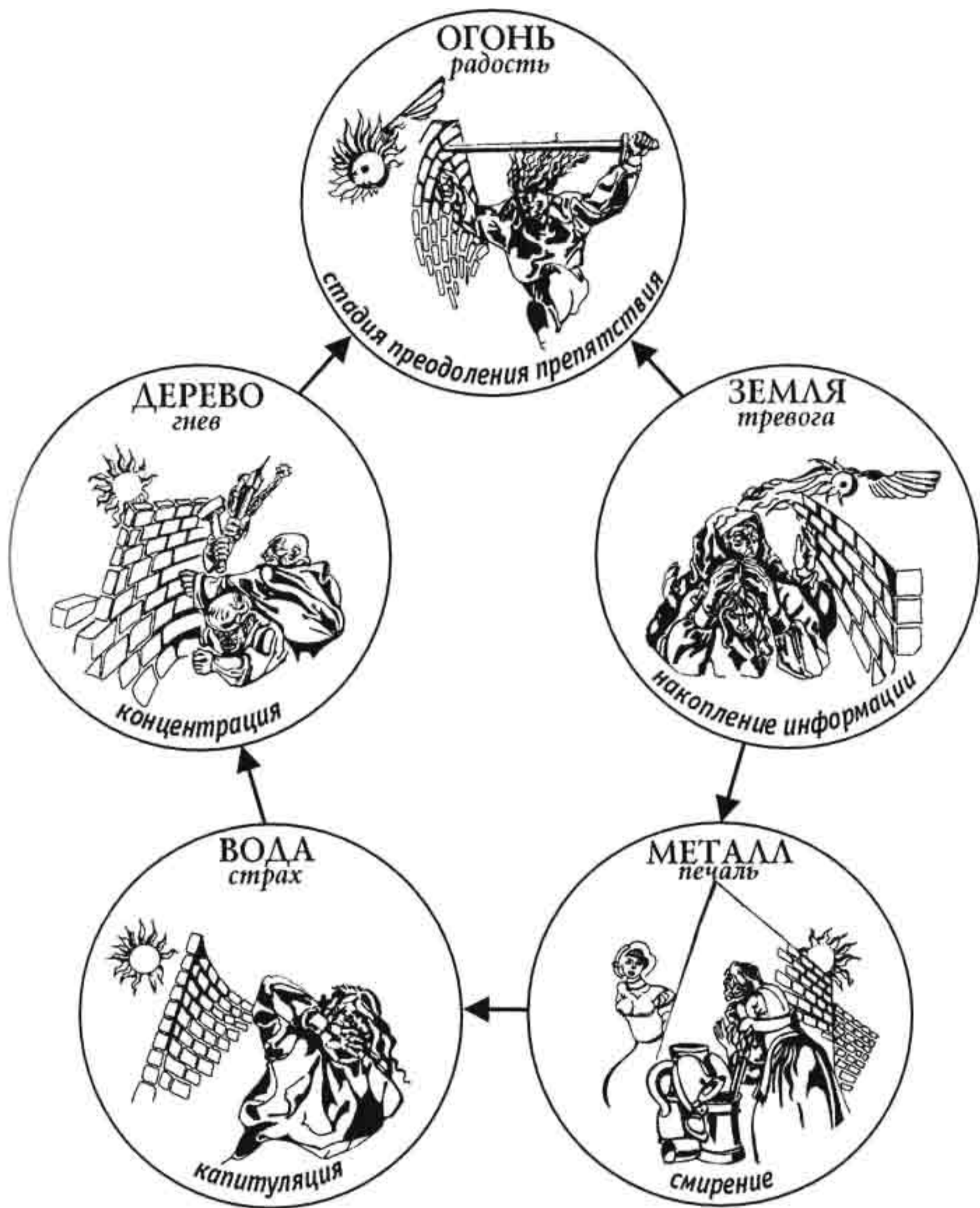


Рис.7. Созидательный круг У Син – последовательность реакций на препятствие

ды, если гнев на других, и бессилие, если гнев на обстоятельства. Все это (при чрезмерной выраженности) – разрушительные эмоции, лежащие в основе многих психосоматических и невротических расстройств. Если после получения сигнала (информации о потере) появляется и надолго остается страх, то это – отчаяние, устойчивая реакция такого типа ведет к срыву иммунитета и формированию онкопатологии.

Пионеры психосоматической медицины: Георг Гроддек в Германии, Феликс Дойч в Австрии, Смит Эли Джелиффе в США и Анхель Гарма в Аргентине, пытались объяснить все симптомы заболеваний как прямое выражение вытесненных мыслей и фантазий. Однако оказалось, что органы реагируют на мысли и фантазии конверсионным путем (сбросом напряжения с помощью истерических реакций). В остальных случаях органы реагируют не на фантазии, а только на эмоциональное состояние. Ошибка приведенных выше замечательных ученых заключается в том, что концепции, действующие в одной определенной области психосоматических состояний, они применили к другой.

Любое нарушение порядка чередования реакций приводит к двум типам расстройств: **застойным** реакциям и реакциям **сброса**. Именно реакции сброса изучали учитель Фрейда Брейер и сам Зигмунд Фрейд, назвав их конверсионными симптомами. Симптом (греч. *symptoma* – совпадение, признак) – телесные или психические признаки, свидетельствующие об изменении обычного или нормального функционирования организма. Так вот, в данном случае конверсия – это переход психических признаков (невидимых нами и не осознаваемых пациентом процессов в «Его Ты») в телесные.

Таким путем происходит символическое выражение телесными проявлениями напряжений во внутренней сфере – конфликтных переживаний (вместо «Его Ты» говорит «Его Тело»). В данном случае разговор этот – символический, а дальше мы увидим, что он может быть и прямым, конкретным. Фрейд призывал психотерапевтов заниматься только этими видами реакций, считая, что все остальные соматические расстройства носят исключительно органический характер. Сегодня даже последовательные сторонники психоанализа так не считают. После исследований Уолтера Кеннона, который описал механизмы влияния эмоций на функции жизненно важных органов, стало ясно, что хронические эмоциональные напряжения могут вызвать хронические органические заболевания. Дальше всех в этом направлении продвинулся Александер.

Справка: Александер Фредерик Матиас (1869–1955) – в начале своей профессиональной деятельности – актер, а затем врач – специалист по телесно-ориентированной психотерапии, практиковавший в Австралии, Англии и США.

Он определил 3 возможные реакции застоя из пяти, предложенных нами: реакция захвата (**экспансия**), реакция удержания (**накопление**) и реакция удаления (**капитуляция**).

Реакции захвата и удержания подтвердил Шильдер, но он же определил еще один вид реакции на препятствие – это реакция усвоения (**смирение**).

Таким образом, к перечисленным реакциям мы добавили только реакцию концентрации и применили пентаграмму последовательности реакций на препятствия для определения правильного порядка их чередования.

По какому же признаку мы отличаем реакции **сброса** от **застойных** реакций? Этим признаком является наличие или отсутствие облегчения, наступившего после приступа заболевания – состояния, в течение которого симптомы проявлялись особенно ярко. **Если после приступа стало легче, чем было до него, это – сброс.** Так, результатом всех истерических симптомов, которыми и занимались Фрейд и Байер, было уменьшение внутреннего напряжения, символически решая внутренний конфликт. Истерические парезы, слепота, глухота, истерические маски соматических заболеваний настолько достоверные, что заставляют даже опытных хирургов многократно оперировать таких пациентов, а во время операции патология не обнаруживается, – все это реакции **сброса**. При некоторых заболеваниях часть симптоматики – реакции **сброса**. Например, при тиреотоксикозе приступ раздражительности приносит облегчение общего состояния. При эпилепсии, основным признаком которой является расстройство сознания, приступ судорог восстанавливает сознание и снимает напряжение. При **застое** – либо приступов заболевания нет вовсе (ожирение), либо он – к явному облегчению не приводит (гипертонический криз, приступ бронхиальной астмы).

1. Застойные реакции. На языке психосоматики – это вегетативные расстройства, имеющие индивидуальные проявления в одном из заболеваний классической семерки: гипертонической болезни, язвенной болезни 12-перстной кишки, бронхиальной астмы, ревматического артрита, язвенного колита, гипертиреоза и нейродермита. Понятно, что болезнь формируется не мгновенно, ей предшествует какая-либо дистония сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной или опорно-двигательной системы. Мы относим сюда же обменные нарушения (ожирение), иммунные (аллергия) и многие другие заболевания, которые сегодня принято считать чисто соматическими. Вместе с тем, исходя из идеи голографичности человека такие же **застойные явления** должны происходить не только в теле, но и в других его частях. Они всегда есть. Это – скрытые напряжения: **подавленный гнев или подавленный страх, подавленная тревога или подавленная агрессия, неприятие прошлого опыта.** Это и есть другая сторона языка тела. В связи с голографично-

стью **«Цельной Сущности»**, эти напряжения, создаваемые в **«Ты»**, существуют во всех трех ее голографических частях: **«Теле»**, **«Сознательном Я»** и **«Ты»**, однако выраженность их в разных частях разная.

Гормональные исследования подтверждают это: «подавление действия», подавленный гнев или подавленный страх способствуют секреции норадреналина и кортизона; кортизон включает механизм подавления действия – и в результате запускается порочный круг, который и является источником муки. Только действие, нарушающее модель тем, что приносит удовлетворение, может разорвать этот круг. Более того, поскольку мы знаем, что норадреналин способствует сокращению стенок кровеносных сосудов, учащению сердцебиения и увеличению кровяного давления, а кортизон вызывает множество отдаленных во времени последствий, таких как угнетение иммунной системы, разрушение тимуса, можно предсказать ужасные последствия в случае многократного подавления действия. Очевидно, что такие повторяющиеся гормональные реакции на патогенные ситуации являются фактором риска (вместе с генетическими и другими причинами) в этиологии того, что мы обычно называем «психосоматическими заболеваниями».

2. Реакции сброса (реакции конверсии) возникают тогда, когда нарушается **порядок их чередования**, задерживается процесс на одной из пяти реакций, создается напряжение и **«Мой Ты»** принимает решение «сбросить» напряжение в направлении другого типа реагирования на препятствие. Он может сделать это двумя способами: с помощью симптомов телесных проявлений (например, истерические судороги – это сброс напряжения из фазы накопления в фазу демонстрации и экспансии) или с помощью поведенческих реакций (демонстрацией гнева или прямой агрессией в ее социально приемлемой или разрушительной форме). Реакция **сброса** напряжения часто осуществляется не для преодоления реальных препятствий, а каким-либо иррациональным способом. Этот способ мы называем призрачным первоэлементом – **фантомом** (рис. 8).

Энергия и информация не только накапливаются и преобразуются, они должны еще и расходоваться, иначе будет нарушена гармония. Рассматривая фазы чередования реакций, мы пришли к выводу, что **сброс** возможен только в те фазы, где энергия расходуется. Это – фаза **экспансии**, высшим проявлением которой, связанным с быстрым высвобождением большого количества энергии, Райх и Лоуэн считали оргазм, хотя мы считаем, что термин **«ЭКСТАЗ»** в данном случае уместней. Кроме того, энергетический расход другого рода происходит в фазе **капитуляции–расслабления**. «Чтобы пружина сработала, ее вначале нужно растянуть!» Сила, приложенная для растяжения, это и есть энергия, необходимая для расслабления. Вот почему после рас-

ФАНТОМ



Рис.8. Стадия фантома

слабления сознания – сна, транса или даже обморока – самочувствие улучшается. В такой же степени улучшает самочувствие релаксация, на чем основаны многие техники поведенческой психотерапии.

Справка: Райх Вильгельм (1897–1957) – немецко-американский психолог, психоаналитически ориентированный исследователь. С 1922 г. руководитель венского семинара по психоаналитической психотерапии. Создал свою собственную теорию характера, в которой ведущую роль играет возможность снятия напряженности за счет переживания оргазма.

Лоуэн Александр (род. 1910) – ученик Райха, выдающийся представитель телесно-ориентированного направления психотерапии.

Классическим примером сброса является эпилепсия, при которой напряжение в фазах накопления и концентрации сбрасываются в фазы капитуляции (нарушения сознания) и экспансии (судороги).

Теперь о застойных реакциях. **Застой** – это неоправданно длительное пребывание энергии и информации в любой из пяти фаз. Он может быть определен таким термином, как **«напряжение»** – напряжение мышечное, напряжение информационное, напряжение иммунитета. А синоним напряжения – разность потенциалов. Это и есть фрустрация – разрыв между желаемым состоянием (его образом) и реальным (сознательной или неосознанной его оценкой). **Отношение** к этому разрыву определяется с помощью **эмоций**, согласованных с **убеждениями**. Вот почему важна не степень напряжения, не разность потенциалов, а отношение к этой разности **«Моего Мы»**. Человек может быть предельно наполнен, принимать все и достигать высокой степени концентрации – и при этом будет ощущать себя комфортно, если впереди у него есть цель, ради которой все это делается.

При **застойных реакциях** возможен переход из одной фазы в другую, но он не приносит облегчения. Так, при гипертонической болезни – болезни фазы концентрации – возможен переход в фазу накопления (гнев – в тревогу), но состояние при этом резко ухудшится. При язвенной болезни такой переход приводит к возрастанию концентрации соляной кислоты и пищеварительных ферментов, что также ухудшает течение заболевания.

И вместе с тем, чаще всего застой – это «подавленный», блокированный **переход реакций** и связанных с ними **эмоций**. **Подавленная агрессия** – застой в фазе **концентрации**. **Подавленная тревожность** – застой в фазе **экспансии** (непрерывная агрессия – застойный расход энергии). **Отсутствие принятия** (прощения) – застой в фазе **накопления**. **Отсутствие возможности расслабиться** – застой в фазе **принятия**. И наконец, **подавленный страх** – застой в фазе **капитуляции**. Всякое подавление имеет свое внешнее проявление – **симптом**.

В этой связи мы пришли к выводу, что есть смысл расширить понятие **«симптом»**. Дело в том, что слово – **«поведение»** означает какие-то действия, а слово **«симптом»** – признак заболевания. В нашей модели между ними нет разницы: **поведение** может быть нормальным и разрушительным и **симптом** может быть как признаком нормальной реакции адаптации, так и признаком болезни. Все зависит от выраженности реакции и ее соответствия предъявляемым ситуацией требованиям. Повышение температуры и давления – это точно такие же проявления **поведения**, как агрессия прямая или психологическая. Это – разные языки, с помощью которых сообщается одна и та же информация. Это – информация о наличии **препятствия** и решениях, которые приняты по отношению к этому **препятствию**.

Отношения к **препятствию** и есть понятие, которое можно определить словом **«эмоция»**. **Эмоции** (от лат. *emovere* – возбуждать, волновать) – состояния, связанные с оценкой значимости для индивида действующих на него факторов и выражающиеся прежде всего в форме непосредственных переживаний удовлетворения или отсутствия удовлетворения его актуальных потребностей. Они являются одним из главных регуляторов деятельности человека. **Простые эмоции** запрограммированы, по мнению материалистов, генетически, т.е. это – часть **«Тела»** и отражают отношение к препятствиям на пути потребностей **«Тела»**, а по нашему мнению – это часть **«Сверх Я»**, служащая тем же потребностям.

Эмоции сложные (чувства) – это отношения к препятствию на пути к удовлетворению потребностей моего **«Ты»** и **«Сознательного Я»**. Исходя из идеи голографичности **чувства** – есть те же **эмоции**, только для **«Ты»** они усложнены, а для **«Сознательного Я»** еще и осознаны.

Представим себе водопроводный кран. Вода в системе водоснабжения – это информация, а степень открытия крана – выраженность внешних проявлений информационно-управляющих действий. Кран едва открыт – воды не хватает даже для того, чтобы напиться (человек закрыт, он не проявляет на поверхности ничего, что происходит в его неосознанном). Кран полностью открыт – вода в системе истощится (человек дает знать о том, что в нем что-то происходит разрушительным для него способом – болезнью). Гармония – это когда кран открыт в такой степени, которая нужна в данный момент.

Следует отметить, что при чередовании реакций существует два типа, два уровня **эмоций**, характерных для каждого типа реакций на препятствие.

1-й тип – эмоциональные реакции немедленного реагирования на уровне инстинктов. Их цель – сохранить жизнь индивидуума – диктуется инстинктом самосохранения. Это описанные ранее эмоции, которые появляются при возникновении какой-либо потребности. Все, что мешает удовлетво-

рению потребности, – препятствие. Первым **включается чувство напряжения** – разность потенциалов между желаемым и действительным, которая ощущается как фрустрация или **тревога**. Сюда же можно отнести профилактический вариант этой эмоции – **настороженность**. Общая их характеристика – недостаточная уверенность в своих силах. Цель ее – создание запасов для повышения степени уверенности.

2-й тип уже не связан с жизнью индивида, и хотя в основе появления этих **эмоций** лежит та же разность потенциалов, они принципиально другие. Меняется цель – на место эгоизма приходит альтруизм, пусть и не осознанный, **на место интересов индивида** приходят **интересы рода и вида** (семьи, страны, человечества).

И вот тогда **на место тревоги должно прийти спокойствие**. Спокойствие – это не безразличие, это уверенность в том, что все будет так, как должно быть, и ты все сделаешь так, как диктует тебе **«Твой Сверх Я»**. Ты не будешь думать о себе, своем будущем, не будешь думать о нравственности и морали. Ты просто будешь жить в соответствии с законами Абсолюта, а его законы – нравственны изначально. Целью терапевтической работы при чрезмерно высокой тревожности является трансформация тревоги в спокойствие (рис. 9).

Реакция **смирения** сопровождается **печалью**, т.е. сожалением о чем-то прошедшем (**тревога – эмоция будущего, печаль – прошлого**). Можно думать, что на этом этапе происходит поиск ситуаций, подобных фрустрирующей, в блоке памяти мозга, в запоминающих механизмах органов и в клетках памяти иммунной системы. При **уточнении** (термин, означающий переход на следующий уровень языка, языка эмоций мира, организованного более тонким способом) появляется вторая эмоция этого типа реакции на препятствие – **понимание и принятие**, чувство растворения во Вселенной, осознание себя частью Вселенной и осознание конечности своего существования (рис. 10).

На следующем этапе включается прямая эмоция инстинкта самосохранения – **страх**. В основе любого страха лежит страх витальный – **страх потери жизни**. Вместе с тем, второй (тонкой) эмоцией этого этапа является чувство **любви** – в ее первичном, биологическом выражении (даже на уровне эмоций тела), тем более на более тонких уровнях **«Сознательного Я»** и **«Ты»**. Биологический смысл этой **эмоции** – стремление к продолжению рода. Если страх вызывает реакцию коллапса (паралича) с падением артериального давления, мышечным обездвиживанием и потерей сознания, то **любовь** вызывает реакцию **расслабления**: **расслабление** мышц в целях их последующего сокращения, **расслабление** гладкой мускулатуры, в том числе

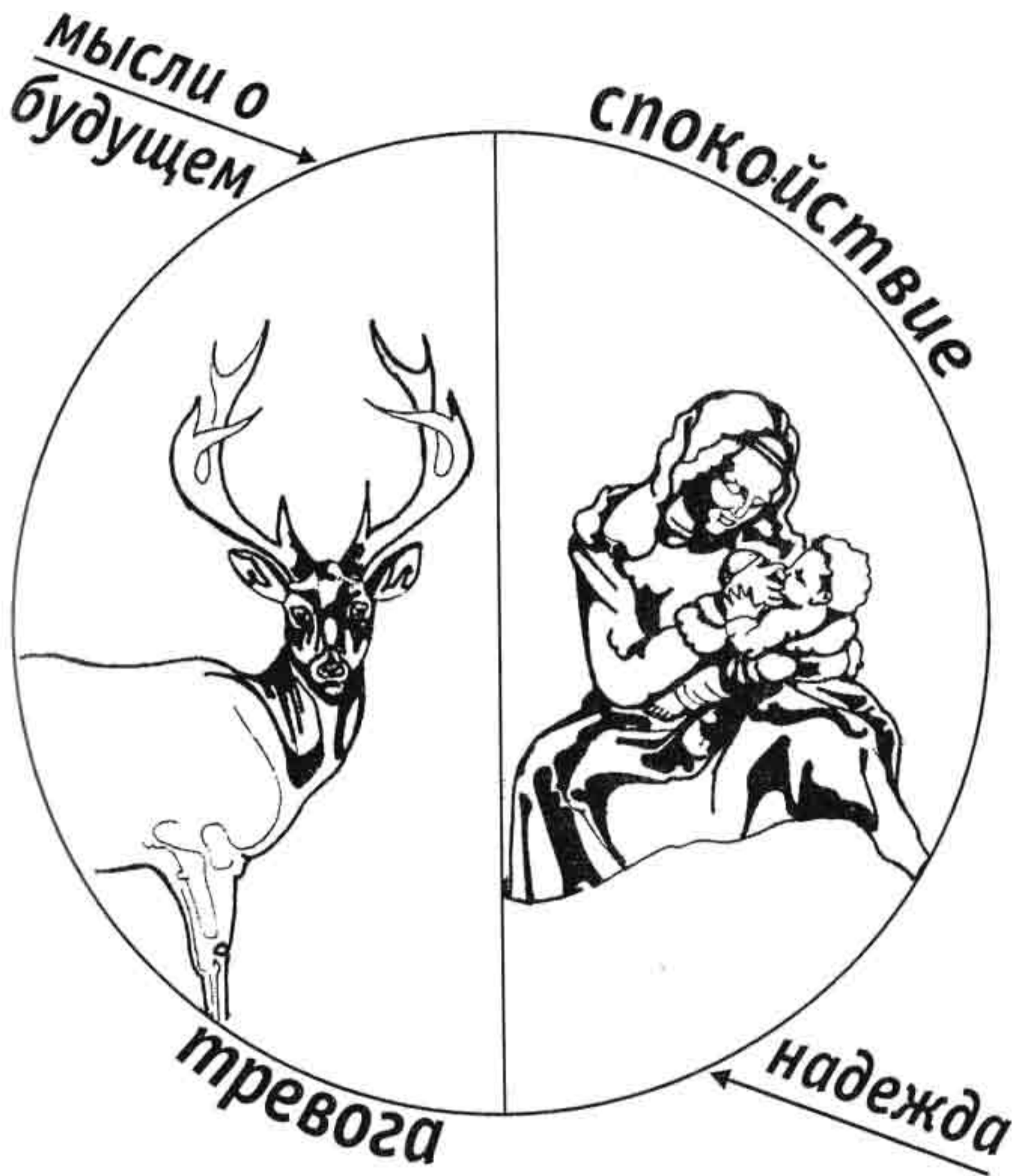


Рис.9. Стадия накопления



Рис.10. Стадия смирения

сосудов половых органов, без чего невозможна эрекция. По-видимому, **страх** включается симпатическим воздействием, а **любовь** – парасимпатическим (кстати, **тревога** – также результат парасимпатического воздействия, но реализует ее инсулин, а **любовь** – ацетил-холин, этиловый спирт и окись азота – именно на ее действии основан эффект виагры и нитроглицерина). **Эмоции любви и страха несовместимы, поэтому чувство любви подавляет страх, а чувство страха делает невозможной любовь. Итак, целью утончения этой эмоции является расслабление и накопление энергии** (рис. 11).

Эмоцией следующего этапа является **гнев** (злость). Она позволяют мобилизовать все ресурсы для преодоления препятствия, это делает **воля – решимость достигнуть цели**. Вместе с тем, генерализация этой **эмоции** приводит к тому, что **гнев** направляется не только на фрустрирующий объект, но и на других («сорвать злость») и на себя, что проявляется аллергическими и аутоагрессивными реакциями. Возможно, этот механизм лежит в основе аутоагрессии. На этом этапе второй (тонкой) **эмоцией** является такая эмоция, которая будет находиться в противоположном состоянии в отношении гнева и воли (много–мало, Инь–Ян). И это эмоция **трансового состояния, состояния рассредоточения внимания** (рис. 12).

На следующем этапе экспансию сопровождает **радость**. Если на всех предшествующих этапах разность потенциалов сохранялась (потребность не удовлетворялась), шла подготовка к преодолению **препятствия**, то здесь разность потенциалов ликвидируется, наступает разрядка, сопровождаемая чувством удовольствия. Второй (тонкой) **эмоцией** этого этапа является чувство **благодарности** – благодарности за возможность удовлетворения потребности, в том числе духовной (рис. 13). Как здесь вновь не вспомнить Державина, который, преодолев **препятствие** между «Я» и «Сверх Я», написал такие слова:

«Но если славословить должно,
То слабым смертным невозможно
Тебя ничем иным почтить,
Как им к тебе лишь приближаться,
В безмерной разности теряться
И **благодарны** слезы лить!»

В случае 2-го типа эмоций – **эмоций утончения** – нарушение хода **реакций** или их **застой** к разрушительным последствиям не приводит. Это и есть «жизнь в духе», когда тебе не страшны никакие обстоятельства внешнего мира. Общеизвестно, что важны не они, а наше к ним отношение, и **эмоции утончения** реакций отрицания не вызывают.



Рис.11. Стадия капитуляции



Рис.12. Стадия концентрации

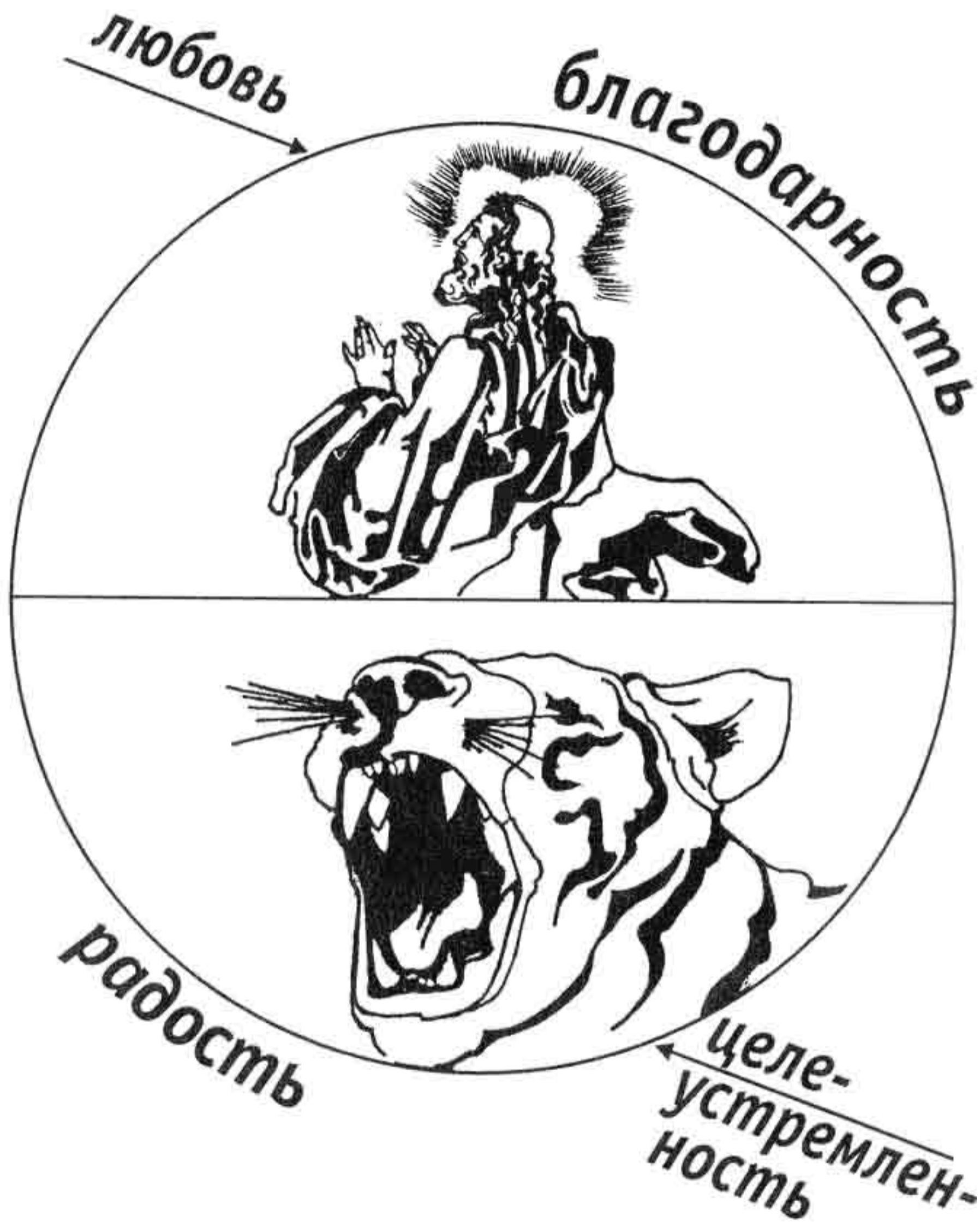


Рис.13. Стадия экспансии

Чередование реакций на препятствие можно проследить в ходе беременности.

Сразу после зачатия начинается фаза накопления – накопление информации о будущих типах реакций «Его Тела», «Его Я» и «Его Ты» на препятствия, накопления энергии и массы тела плода. Одновременно та же фаза идет во всех голографических частях матери, она накапливает новые ощущения, чувства и мысли. Эмоцией этой фазы на тонком уровне должно быть спокойствие.

Следующая фаза – смирение, принятие плодом своей матери и принятие матерью своего будущего ребенка. Этой фазе соответствуют характерные иммунологические реакции как плода, так и матери, реакции совместимости их тканей. Эмоция этой фазы – примирение.

Затем следует фаза расслабления. Эмоцией этой фазы является любовь будущего ребенка к своей матери и любовь матери к ребенку.

Следующая фаза – концентрация: и плод, и мать набираются сил для предстоящих родов.

И наконец кульминация – роды (фаза экспансии). В этой фазе активную роль играет и мать, и ребенок, который своими действиями помогает продвижению по родовым путям. Эмоция этой фазы – благодарность, благодарность взаимная. И вместе с тем, как только роды заканчиваются, ребенок дает знать о возникновении нового цикла реакций на препятствие. Криком он сообщает о своем гневе (концентрация сил), а плачем – о своей печали (сожалении, что пришлось покинуть такой уютный мир).

Этот ход чередования препятствий характерен для нормально протекающей беременности и нормальных родов. При этом очень важна синхронизация протекающих у матери и плода реакций на препятствие. К примеру, если у матери уже сформировалась фаза принятия, а у ребенка – еще нет, возможен иммунный конфликт у ребенка. Если принятие существует у ребенка, а у матери – нет, возможны реакции у матери.

Вернемся к теме **языка**. Если **язык** – это речь, то его предназначение – обмен информацией, а если **язык** – это способ формализации образов, то его предназначение – организовать их так (сконцентрировать и закодировать), чтобы сделать возможным работу с ними логической части нашего мышления (левого полушария мозга). Это взаимосвязанные вещи. Закодировав **образы** в слова, мы даем другим людям знаки этих **образов**, а они их дешифруют. Однако в связи с тем, что **язык** не является формальной системой, из-за многозначности слов, их зависимости от контекста и поведения произносящего их человека, знаки, оторванные от их носителя, несут явно недостаточную информацию. Знаковый, символный характер **языка, языка «Моего Созна-**

тельного Я» не позволяет даже примерно сообщить о характере моих **образов**. Поэтому к словам добавляется мимика, интонации, жесты. Мы понимаем, что и в этот случае у каждого из нас **образ** будет свой, индивидуальный. И вместе с тем, для взаимного понимания необходимо полное совпадение осознаваемых чувств, выраженных мимикой и интонацией, осознанных мыслей, выраженных словами, и сознательного поведения, выраженного поступками (все вместе составляет конгруэнтность личности).

Здесь мы не обсуждаем причины отсутствия конгруэнтности, когда человек говорит и делает одно, чувствует другое, а думает – третье. Нас сейчас интересует, единственный ли это **язык**. Понятно, что на этом **языке** говорит **«Мой Сознательный Я»**, ведь здесь все осознано. Что же делать, когда **«Мой Мы»** не позволяет **«Сознательному Я»** принять образы **«Моего Ты»**? Эти образы, став осознанными мыслями и эмоциями, могут разрушить **идеальный образ себя**. Вот почему они забываются (вытесняются) или вообще не осознаются, приходя в виде **образов** сна. В таком случае, может быть, есть **язык**, на котором **«говорят»** с нами другие, не осознаваемые нами, части (употребляя слово «говорят», мы, конечно же, имеем в виду – сообщают информацию).

Собственно говоря, **«Мое Ты»** посылает **«Моему Я»** образы, чтобы он превратил (закодировал) их в словесно оформленные **мысли**, посылает **эмоции**, чтобы он превратил их в словесно оформленные **чувства** и посылает **волю**, чтобы он мог это делать. И часто оказывается, что человек этого сделать не может. Не научили его кодировать, запретили проявлять **чувства**, не научили концентрировать **волю**. И человек становится предельно одиноким. И тогда, «содрогаясь от ужаса перед мрачной пустотой одиночества», **«Мой Ты»** идет на все, чтобы сообщить другим (или другому) о том, что в нем происходит. А происходит в нем из-за голографичности то же, что и в **«Теле»**, и в **«Сознании»**, – идет дисгармонизация процессов чередования реакций на препятствие. Потребность же в гармонии универсальна, при отсутствии ее удовлетворения нарушается удовлетворение всех остальных потребностей. На что же способен пойти **«Мой Ты»** для передачи информации, если чувства, мысли и воля подавлены (вытеснены)? Учитывая, что у него есть прямая связь еще и с телом, в этом случае **«Мой Ты»** начинает говорить с другими **языком «Тела»**, т.е. неосознанным поведением: симптомами болезни и симптомами разрушительного для человека поведения. Информация передается все та же, только язык применяется другой. Человек может говорить другим о том, что он испытывает тревогу (**язык «Моего Сознательного Я»**), а мы знаем, что это же происходит в **«Его Теле»**, только выражено в меньшей степени. И в **«Его Ты»** происходит все то же, оттуда и поступила эта информация. Если же по какой-

либо причине такой **язык** становится невозможным, у человека проявляется телесное выражение **тревоги** – избыточный вес. Известно, что невротические и психотические реакции при появлении соматических уменьшаются, и наоборот. Так, в психиатрических отделениях во время эпидемии гриппа уменьшается продуктивная симптоматика тяжелых психотических расстройств – при появлении телесных симптомов болезни улучшается психическое состояние больных.

Существует еще один язык тела, описанный Лиз Бурбо. Это защитные маски, которыми человек прикрывает болезненные для него дефекты. Эти дефекты в **«Его Ты»**, а из-за голографичности маска появляется в физическом теле. Причинами дефектов Лиз Бурбо считает психические травмы, вольно или чаще невольно нанесенные в детстве родителями. Эти травмы она классифицировала, дав им специфические имена: **травма отвергнутого (1), покинутого (2), униженного (3), пострадавшего от предательства (4) или несправедливости (5)**. По ее мнению, каждая травма возникает в определенном возрасте, например, травма отвергнутого наносится во внутриутробном периоде или в первый год жизни. Следуя психоаналитической традиции, Лиз Бурбо связывает каждую травму с одним из родителей: одного с ребенком пола или противоположного.

Как следствие перенесенной травмы у ребенка формируется **маска** – такой тип телосложения, жестов, стереотипов чувств, мыслей, поведения и даже болезней, который, по его неосознанному мнению, дает возможность скрыть от окружающих тяжело переживаемую травму. По образному выражению Лиз Бурбо, **«маска – это повязка на ране, нанесенной психологической травмой»**. Эти маски называются: **«беглец»** – при травме **отвергнутого (1)**, **«зависимый»** – при травме **покинутого (2)**, **«мазохист»** – при травме **униженного (3)**, **«контролирующий»** – при травме **пострадавшего от предательства (4)** и **«ригидного»** – при травме **пострадавшего от несправедливости (5)**.

Чем для нас, терапевтов, ценны эти **маски**? Зная их характеристики, мы можем понять, какие раны скрываются за ними. Это знание даст нам возможность применить специфическое лечение. Нетрудно заметить, что каждая маска – это застывшая структура, остановка в **процессе чередования реакций**. Например, маска **«беглец»** – застой в фазе **капитуляции**, маска **«зависимый»** – в фазе **смирения**, маска **«мазохист»** – в фазе **накопления**, маска **«контролирующий»** – в фазе **экспансии**, маска **«ригидный»** – в фазе **концентрации**. Таким образом, с помощью техники Лиз Бурбо можно понять еще один язык пациента.

У каждого человека какой-то один язык становится предпочтительным.

Наша задача – сформулировать **метаязык**, понятный всем трем его частям! Удастся ли это? Пока же ясно одно: терапевт должен понимать все **языки** для того, чтобы, используя доступную для наблюдения часть, осознавать, что наблюдаемые им процессы идут во всех трех («**Теле**», «**Сознании**» и «**Ты**»). Воздействуя в нужном направлении в любой из трех частей (в той, в которой терапевт является специалистом), он получит эффект и в других. Идеальным же является холистический подход, когда воздействие осуществляется на уровне «**Тела**», «**Сознательного Я**» и «**Моего Ты**» – **тела, духа и души**, пользуясь языком профессора Войно-Ясенецкого (Святого Луки), Абдул Баха и Носсрата Пезешкиана. Эффект воздействия в этом случае не складывается, а умножается.

Если с взаимоотношениями «**Моего Ты**» и «**Сознательного Я**» все более-менее ясно (гипотезу о природе информационного канала мы приведем ниже), то что же происходит при переходе информации из «**Моего Ты**» в «**Тело**». Результат ясен – поступок или симптом, причем и тот, и другой неосознанны. Ребенку не хочется идти в школу из-за страха, у него повышается температура (симптом болезни) или он прячется в шкафу (поведение). В чем же отличие этого **языка (языка симптома и поступка)** от **языка сознания, мысли и чувства**. Принципиального – нет! В иврите есть слово – «ДАВАР», которое переводится как «слово», «дело», «вещь». Вы представляете, символ, процесс и явление – это все одно и то же. Есть отдельные слова для каждого из них: «миля» – слово, «иньян» – дело (обратите внимание, Инь-Ян – случайное ли совпадение?), «беайя» – проблема и т.д. Вместе с тем, есть и **объединяющее слово-символ (язык «Сознательного Я»), действие (симптом и поступок – язык «Тела») и образ (язык «Моего Ты») – общее понятие**. По всей видимости, древние знали, что у этих языков больше общего, чем различий.

«**Мой Ты**» может передать информацию другим голографическим частям только с помощью тончайших вибраций – **образов и эмоций** (отношений к этим образам в соответствии с убеждениями «**Моего Мы**»). Кроме того, передается вибрация **воли** – силы, необходимой для того, чтобы началась дешифровка «**Моим Сознательным Я**» этих **образов**.

В данном случае **воля** – аналог сигнала, который подается в мембрану для открытия ее каналов, дальше – простая диффузия. Так и здесь, открываются каналы, позволяющие «**Моему Сознательному Я**» осмыслить, зашифровать в **слова-символы образы «Моего Ты**». Только открой каналы, а дальше – простая диффузия **мыслей-образов** правого полушария, получивших доступ к словарям и способам организации текстов полушария левого. Однако **воля** – это сигнал к освобождению энергии для раскрытия каналов, а сиг-

нал может быть подпороговым (недостаточным) или может отсутствовать необходимая энергия. Вот почему так сложен процесс шифрования (осознания), именно этот процесс инициируют колоссальным воздействием энергии извне психоаналитики. С помощью своих техник они помогают перевести **язык «Моего Ты» на язык «Я Сознательного»**. Этот **язык** они создают в процессе работы с пациентом, и, нужно заметить, что гениальной находкой Фрейда, а за ним и Юнга, было открытие того, что такой **язык** уже создан, накопленный и концентрированный в виде мифов и легенд в коллективном опыте человечества. Фрейд основным мифом, концентрировавшим этот главный опыт, считал миф об Эдипе. В работах Юнга, пусть не прямо, просматривается мысль, что основной миф – миф о существовании Начала – Создателя. Этот миф лежит в основе **всех религий**, а широкое его распространение говорит о том, что именно этот опыт человечества лежит в основе **религиозности – потребности верить в какое-то начало, конца которому – нет** (Вечность Творца – «...а Вечность, прежде век рожденну, в себе самом Ты основал»). Думается, что тот **язык**, который мы ищем, уже создан – это **язык священных писаний**, вот только много их – какой выбрать! Есть **язык** книги (слов-символов) – Библия и Евангелие, а есть Коран – **язык** беспорядочно (как и в реальности) теснящихся и наплывающих образов. Есть и другие, и все они – правдивы. Вот бы объединить! Только не так, как это делают экуменисты, устраивая «окрошку» из верований, а согласовав религиозные убеждения между собой, а это вполне возможно, только не нужно выступать с чьих-то позиций (твердых религиозных убеждений), а нужно подняться на метауровень. Нужно найти все, что на самом деле объединяет религии, а это объединяющее начало обязательно есть, ведь все религии выражают общий коллективный опыт единого человечества. Этот опыт лежит в основе архетипического **«Мы»**, к нему только присоединяется личный опыт моих воспитателей, делая его индивидуальным **«Моим Мы»**.

А как вибрации передаются из **«Моего Ты»** моему **«Телу»**? Как совершаются не осознаваемые движения (рефлексы), мы вроде бы понимаем, а вот как **«Тело»** получает информацию – пока загадка. Представим себе, что **образ предстоящего движения** дешифруется какой-то частью **«Тела»**, а затем – осуществляется. Это довольно легко себе представить в виде такой схемы: тончайшие вибрации образа шифруются правым полушарием (не осознанные) в образ движения. Этот образ накладывается на «объемный образ тела» (учение Пауля Фердинанда Шильдера), затем возникает при наличии энергии (воли) резонансный ответ тех частей тела, которые должны участвовать в результате. Вспомним П.К.Анохина, его мысли о том, что в лю-

бом действию, даже не осознанном, уже есть результат, т.е. оно предпринимается ради определенной цели.

***Нет бессмысленных поступков, как нет лишенных смысла слов.
Есть поступки и слова, смысл которых нам не известен.
Этот смысл в данный момент не поддается осознанию.***

После этих слов нам кажется уместным привести несколько сокращенный вариант (без социальной и антропософической части) последователя Рудольфа Штайнера врача Л.Ф.К.Мейса «Загадка человеческого движения».

Неожиданное утверждение

*В самом начале этого (XX ст. – М.В.) столетия Рудольф Штайнер сделал крайне примечательное высказывание в отношении частной области физиологии человека. Он утверждал, что **все нервы являются сенсорными и что «моторных» нервов не существует.** О так называемых моторных нервах Рудольф Штайнер говорит, что они служат восприятию наших собственных движений.*

Приведенное выше загадочное утверждение Рудольфа Штайнера заслуживает серьезного отношения хотя бы настолько, чтобы задаться вопросом: на чем же основано это высказывание?

Уже сотни лет тому назад было сделано открытие, что существует два вида нервов – сенсорные и моторные. Сенсорные нервы соединяют органы чувств с головным мозгом. Мы получаем из окружающего мира определенные впечатления: световые, звуковые и др. Эти впечатления по нервам достигают мозга, продвигаясь, таким образом, от периферии к центру. Такие нервы на научном языке принято называть «афферентными».

Благодаря так называемым моторным нервам от головного мозга через спинной к мышцам поступают «импульсы»; они-то и вызывают сокращение мышц. (Мощным аргументом в поддержку этой теории служит то обстоятельство, что если этот нерв перерезать, то мышцы перестают сокращаться и движение становится вследствие этого невозможным. Тогда мы имеем дело с параличом.)

При описании восприятия посредством сенсорных нервов все же остается вопрос: как впечатления, переданные посредством нервов головного мозга, становятся душевными переживаниями? И здесь наука пока не дает ответа. Да и на другой вопрос: где возникает связь между нашей душевной жизнью и импульсами, которые идут от головного мозга к мышцам, когда

мы двигаемся, наука также пока не смогла дать ответ, что происходит в его мышцах.

То, что после перерезания «моторного» нерва наступает паралич, в таком случае следовало бы считать следствием того, что прекращается и осознание собственных движений.

Но правильно ли это? Действительно ли мы узнаем о своих движениях благодаря осознанию того, что происходит в наших мышцах? В качестве примера, наверное, могут привести чувство, которое возникает при подъеме тяжелого предмета: мышцы напрягаются. Но при этом нельзя забывать, что это растяжение мышц возникает как раз потому, что движение затруднено! Если я хочу свалить стену, мои мышцы напрягаются до предела, но движения не происходит. А при обычном движении мы как раз не осознаем, что же происходит в наших мышцах!

Благодаря чему же мы, собственно, воспринимаем движение? Конечно, мы, например, можем видеть, что движемся; но чтобы открыть для себя саму точку восприятия, достаточно сделать минимальное движение пальцем. На выступлениях я часто предлагал своим слушателям попробовать это, а затем спрашивал, где осознается движение? Обычно проходило какое-то время, пока вдруг не звучал ответ: в суставах. Особенно при совсем незначительных движениях пальцев это можно достаточно хорошо почувствовать. Хотя, конечно, все, что происходит в тканях вокруг суставов, в хрящах, сухожилиях, коже и т.д. также способствует осознанию наших движений. Но мы можем утверждать: то, что мы называем «чувство движения», локализуется преимущественно в суставах.

Как это соотносится с мыслью, что мы были бы парализованы, если бы не осознавали свои движения?

Существует заболевание спинного мозга, при котором пропадает ощущение движения в суставах. Люди, страдающие такой болезнью, своих движений не чувствуют, но при этом они могут весьма хорошо двигаться. Так как они не воспринимают свои движения, они у них слишком размахистые, причем они постоянно вынуждены контролировать их своим зрением или на ощупь. В этом случае говорят об атаксии. Отсюда следует, что мы, даже не осознавая свои движения, все же в состоянии двигаться, т.е. действительно не быть парализованными!

Тот факт, что мы оказываемся полностью парализованными, если так называемый моторный нерв (который я далее буду называть мышечным нервом) перерезан, не объясняется удовлетворительным образом, если просто сказать: это оттого, что мы больше не воспринимаем наши движения! Должна ведь существовать какая-то связь между мной и моими мышцами.

По этому поводу высказывались различные соображения и среди прочего, что связь между душой или «Я» (от которого в конечном счете и должен происходить импульс к движению) и мышцами осуществляется не через нервы, а через тепло.

Представим себе, что в саду мы лопатой случайно перерезали пополам дождевого червя. После этого он будет извиваться, причем и его задняя часть тоже. Почему и эта задняя часть извивается? Если это объяснить тем, что он испытывает боль, мне придется заметить, что словечко «он» для задней части уже не применимо. Это лишь кусок червя, и к тому же лишенный головы!

Извивающиеся движения говорят нам внятным языком: что-то все же воспринимается. То обстоятельство, что движение животного все время связано с восприятием, значимо и для этого случая. Такие подергивания называют иначе конвульсиями. Из того обстоятельства, что движения животных всегда связаны с восприятием, можно вывести: как растение является «живым существом» и кусочек растения живет, пока он вовсе не погибнет («феномен Кирлиан»), так и животное является «воспринимающим существом» и часть этого животного способна, по крайней мере, еще какое-то время, что-то испытывать!

Тейяр де Шарден гениально охарактеризовал различие между человеком и животным: «Человек знает, и животное знает, но человек – единственное существо, которое знает, что оно знает!» Человек осознает!

Сокращение мышцы – это реакция на восприятие. Но ведь это означает: если мышца способна воспринимать, то мышечный нерв является чувствительным нервом мышцы, а не «нашим» собственным. Нервы действительно афферентны, но по отношению к мышцам! Это означает, что воспринимаем не мы, а наши мышцы!

Тем самым мы оказываемся перед совсем новой ситуацией. Посмотрим, куда же она нас выведет. С одной стороны, я являюсь существом, которое благодаря своим сенсорным нервам способно воспринимать, с другой стороны, я обнаруживаю, что во мне существует некий «человек из мышц», у которого также есть свои нервы и свои возможности к восприятию и к которому я пока не имею доступа сознающей стороной своего существа!

Эта двойственность «самосознающего существа» и «существа из мышц» указывает на два мира, существующие во мне. Я сам являюсь воспринимающим существом и так или иначе располагаю некоей мышечной системой, у которой также есть способность к восприятию. Теперь уже понятно, что нашей важнейшей задачей будет новое понимание того, как же происходят наши сознательные движения. При коленном рефлексе при-

нято говорить об элементарном движении. Но ведь более чем понятно, что и здесь происходит простое перемещение. Своеобразное чувство беспомощности, которое бывает у подопытного, также указывает на то, что в этом случае нельзя говорить о движении.

Разумеется, следует спросить себя: в чем же различие перемещения и движения? Что-то перемещается, а что-то двигается! При движении речь, конечно, идет и о перемещении, но из этого не следует, что перемещение это и есть движение! Что такое движение, должен проиллюстрировать следующий пример.

Если мы начертим на столе круг и положим куда-нибудь на линию этого круга камешек, а затем попросим кого-либо маленьким молоточком точно по линии передвигать камешек по кругу, удастся ли это? Конечно, нет! Ударом молоточка камешек можно перемещать только «по прямой». Даже если толчки будут очень слабыми, все равно невозможно точно удержаться на линии круга.

Наверное, можно предположить, что и в этом случае мы имеем дело с чем-то, соответствующим нашему представлению о движении человека, если помыслить его состоящим из множества перемещений, в свою очередь, вызванных множеством мышечных толчков.

Как же можно было бы и вправду перемещать камешек по кругу? Если взять его в руку! – произнеся это, мы переступили в совершенно другой мир. Мы больше не имеем дело с молоточком и перемещениями, мы имеем дело с рукой и движением. Движение – это жест, жест, из которого может родиться действие.

Если я не передвигаю камень, а просто в воздухе делаю рукой движение, все же существует нечто, что я должен лишить тяжести. Это моя рука. Моя рука – это тяжелая часть тела, но когда я двигаю ею в повседневной жизни, в обычных условиях, я ничего такого не чувствую. Так мы пришли к тому, что возвращает нас к выражению: я двигаю своей рукой. Своей рукой двигаю я, а не мои мышцы. Почему я не ощущаю тяжести собственного скелета? Потому что мои мышцы лишают его тяжести, и он следует за мной, подобно партнерше в танце.

Мои мышцы при каждом движении «приглашают» мой скелет (мое тело) двигаться следом. Мы танцуем по жизни в паре со своим скелетом. Можно было бы так продолжить эту мысль: «Мы танцуем со смертью» (пока смерть танцует с нами!).

Можно было бы почти сказать: если мне необходимо при движении напрягаться, тогда я чувствую, насколько мне нужны мои мышцы. При повреждении мышечного нерва наступает паралич мышцы. Мои мышцы в этом

случае уже не в состоянии «слышать меня». Они больше не могут служить мне.

Тепло как связь между «Я» и мышцами рассматривалось некоторыми как возможность объяснения сокращений мышц. Но сейчас речь идет о том, чтобы проследить это «Я», от которого исходят движения, до точек воздействия в теле.

Утверждение Рудольфа Штайнера: Здоровое движение – это начало паралича, который немедленно устраняется в самом начале. Движение начинается в качестве духовной активности, которая, так как она хочет захватить мое тело, вступает во взаимодействие с материей и может воспринимать этот момент взаимодействия с материальным как «паралич».

Но благодаря тому, что эта духовная активность воспринимается моими мышцами и они в состоянии предложить мне мгновенно необходимую помощь, чувство паралича немедленно исчезает или вообще не успевает осознаться.

Очень неожиданное высказывание Рудольфа Штайнера: в мыслях человек бодрствует, в чувствах он грезит, в воле он спит.

То, что человек «в воле» спит – на первый взгляд кажется непонятным. Как часто мы говорим на протяжении дня «я хочу» и при этом со всей очевидностью не спим, совсем напротив! Но если говорить точнее, это «я хочу» еще не есть проявление воли. Как бы неожиданно это не звучало: «я хочу» – это только желание и как таковое фактически еще предстает как часть нашей мыслительной и чувствительной жизни.

На вопрос: что же такое проявление воли – воля – это действие!

Возможны возражения: как же это я сплю в воле? Я же знаю, что я делаю! Конечно, но при этом не известно, как это делается. Что происходит в наших мышцах, нервах и т.д., когда мы действуем, именно ускользает от нас.

Мы уже указывали на то, что ощущение мышц возникает только тогда, когда есть сопротивление. Одновременно с этим само движение становится затруднено.

Незнание того, что происходит в наших мышцах, для меня имеет тот же смысл, что и выражение: в воле человек спит. Это, однако, означает, что человек просто не осознает свое воление. Мы имеем здесь дело с другим «Я», чем в случае, когда говорим «я есть». Итак, можно сказать, человек имеет в своем мышлении «бодрствующее Я», в своих чувствах «грезящее Я» и в своем волении «спящее Я». Это «спящее Я» является таковым только в отношении «осознающего-себя-самого-Я». В отношении чего-то другого

это я решительно не спит, а именно по отношению к моим двигательным импульсам. В моих движениях это «Я» крайне активно. Оно все время слышит мои двигательные импульсы, оно следует за мной и ведет за мной мой скелет (мое тело).

А теперь комментарии к этим «странным» мыслям. Рудольф Штайнер – провидец, и так просто он ничего не говорил, «темным» был его язык. Мейс много сделал, чтобы он стал более «прозрачным», а мы сделаем попытку перевести слова Штайнера на свой язык метафор. Может быть, его мысли станут понятны большему числу лиц. Не обязательно соглашаться с ними, а вот понять – желательно, хотя бы для того, чтобы знать о других способах подхода к общеизвестным понятиям.

А начать наш комментарий хотелось бы с пересказа одного научно-фантастического рассказа (автора не помню). Гениальный изобретатель посвятил себя созданию детских игрушек. Вершиной своего творчества он считал игрушечного ослика, который управлялся по радио. Он мог ходить так грациозно, что казалось, что ослик – живой. Когда этого ослика исследовали, оказалось, что никакого механизма, приводящего его в движение, нет. Принцип его движения состоял в том, что по команде ослик рассыпался на крошечные пылинки – составные части, затем в долю секунды его **новое состояние** сравнивалось со схемой его тела **в желаемом состоянии** (напомним, что **желаемое состояние – это цель**, целью в данном случае является движение). Поступала новая команда, и ослик оказывался **в новом состоянии**, более близком к цели. Это происходило многократно и так быстро, что было незаметно для глаза и не определялось сознанием.

Не кажется ли вам, что это очень похоже на мысль о том, что мы все время движемся с помощью паралича, который немедленно устраняется корректирующими командами. А сигнал для этих команд (информация о том, в каком состоянии находится тело) идет по «двигательным» нервам, которые становятся в этом случае чувствительными.

Представим себе, что в «**Моем Ты**» возникает образ, имеющий благодаря силам «**Созидателя**» и «**Разрушителя**» (причем силы эти не подавлены «**Моим Мы**») реальную возможность проникнуть в «**Тело**» (эти силы и есть **Воля**). Почему непременно этот образ может быть воспринят только мозгом? А что если мышцы могут непосредственно принять начальную команду к движению от «**Моего Ты**». У «**Моего Ты**» есть законченный **образ** движения, его результат, желаемое состояние. **Образ** этот может быть передан в неосознаваемую часть психики, в правое полушарие, где он наложится на также неосознаваемый объемный образ тела. Возвращаемся к передаче сиг-

нала мышцам. Как это может происходить? Мейс говорит о тепле, но тепло – измеряемый компонент известного нам материального мира. Мы такого явления не фиксируем. Но что мешает нам предположить, что это еще не известное нам поле, вибрации которого вступают в резонанс с воспринимающими контурами мышц. Мышцы реагируют, расслабляясь, т.е. парализуясь. Тело совершает движение, информация о котором идет в центры мозга, которые фиксируют новое состояние. Эти центры отмечают соответствие образа тела желаемому и реально полученному состоянию и дают корректирующую команду. Этот **новый образ состояния «Тела»** поступает **«Моему Ты»**, оттуда поступает новая команда и так до тех пор, пока не будет достигнуто результата. Сложно? А что в нас просто?

В одном из своих выступлений профессор Азарий Георгиевич Лещенко также говорил «странные слова» о том, что Майя Плисецкая может так танцевать только благодаря тому, что в ее мозгу есть центры тремора (дрожания). Мы все движемся, результируя своими конечными движениями какой-то хаотический процесс дрожания. А может быть, эта дрожь и есть поиск правильного направления движения после паралича.

Осознаваемый образ (сознательная мысль и чувство) передается из **«Моего Сознательного Я»** в **«Тело»** не напрямую, а с помощью **«Моего Ты»**, так как воля для движения есть только у него. Итак, образы идут от **«Моего Ты»** в **«Тело»**, которое рассказывает нам о них языком движений и симптомов. Они могут идти и в **«Мое Сознательное Я»**, и тогда я понимаю, что со мной происходит. Однако они могут идти, минуя **«Сознательное Я»**, и тогда я своих движений в широком смысле этого слова (поведения и симптомов) не осознаю.

По мнению Роберта Мастерса, мозг реагирует на образы вполне буквально. Воображаемое событие производит физический эффект. Стоит только вообразить тяжелое физическое напряжение, как сердце начинает биться учащенно. Эксперименты показывают, что наше внутреннее зрение подвержено оптическим иллюзиям не меньше, чем зрение внешнее. Мастерс в своей книге «Нейроречь» описывает движения таким образом, что мозг, **сознательно или нет**, должен создавать образы. Под их влиянием возбуждаются центры мышечной активности в коре головного мозга. Затем возникает произвольный отклик в скелетно-мышечной мускулатуре, и мозг принужден двигать, скажем, лодыжкой. А что если источник образа – не в коре, а где-то в ином месте, а мозг является только суммой анализаторов, как показал И.П.Павлов?

Для многих исследователей, в частности для Фрейда, всегда загадочным было то, как **осознанные** или **неосознанные эмоции** совершают конверсию

(или «скачок») к телесным проявлениям, как гнев вызывает повышение артериального давления и т.д. Попытка Вейна объяснить это реакциями вегетативной нервной системы никоим образом этот пробел не ликвидирует. Остается «скачок» между **эмоцией** и появлением химических или электрических процессов в клетках и волокнах ЦНС, которые запускают вегетативную **реакцию**.

И вот здесь, коль уж речь зашла об эмоциях, уместно упомянуть точку зрения на механизм их формирования и передачи профессора Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, Архиепископа Симферопольского и Крымского Святого исповедника Луки. Это был один из наиболее блестящих хирургов своего времени, создавший учебник «Очерки гнойной хирургии», написанный в 40-х годах XX ст., переизданный в 2000 г. и не потерявший своей актуальности до настоящего времени.

Нам приходится в повседневной жизни слышать о том, что сердце «страдает», «болит» и т.д. В художественной литературе, в беллетристике можно найти выражения: «Сердце тоскует», «радуется», «чувствует» и т.д. Таким образом, сердце сделалось как бы органом чувств, и притом чрезвычайно тонким и универсальным.

Остановиться на этом необходимо потому, что все указанные явления в своей основе имеют глубокий физиологический смысл, – говорит И.П.Павлов. В отдаленную эпоху, когда наши предки находились в зоологической стадии развития, на все раздражения, получаемые ими, они реагировали почти исключительно мускульной деятельностью, преобладающей над всеми остальными рефлекторными актами. А мышечная деятельность теснейшим образом связана с деятельностью сердца и сосудов. У современного цивилизованного человека мускульные рефлексы почти уже сведены до минимума, связанные же с последними изменениями сердечной деятельности сохранились хорошо...

Современный цивилизованный человек путем работы над собой приучается скрывать свои мышечные рефлексы, и только изменения сердечной деятельности все еще могут указать нам на его переживания. Таким образом, сердце и осталось для нас органом чувств, тонко указывающим наше субъективное состояние и всегда его изобличающим. Для врача надо отметить, что насколько хорошо происходит регуляция сердечной работы, обусловленной мышечной деятельностью, конечно, не чрезмерной, настолько же плохо происходит регуляция сердечной работы при различных волнениях, кои не ведут к мышечной работе. Оттого так легко поражается сердце у

лиц свободных профессий, несущих легкий физический труд, но зато чрезмерно подверженных жизненным тревоблениям.

Прибавим к этому еще некоторые замечания. Иннервация сердца поразительно богата и сложна. Оно все оплетено сетью волокон симпатической нервной системы и через нее теснейшим образом связано с головным и спинным мозгом. Целую систему церебральных волокон получает оно от блуждающего нерва, по которым передаются ему многосложные воздействия центральной нервной системы и, весьма вероятно, посылаются в мозг центrostремительные чувственные импульсы сердца. Мало еще изучены и полны неизвестности функции симпатической и вегетативной нервной системы, но уже теперь ясно, что они глубоко важны и многосторонни. И что особенно важно для нас, этим нервным узлам и волокнам, несомненно, принадлежит очень важная роль в физиологии чувствительности.

Таким образом, наши анатомо-физиологические знания о сердце не только не мешают, а скорее даже побуждают нас считать сердце важнейшим органом чувств, а не только центральным мотором кровообращения.

Нам известны в мозгу двигательные и сенсорные центры, вазомоторные и дыхательные, тепловые и другие центры, но нет в нем центров чувств. Никому не известны центры радости и печали, гнева и страха, эстетического и религиозного чувства. Хотя от всех органов чувств и всех вообще органов тела направляются в мозг и оканчиваются в клетках его сенсорных центров все чувствительные волокна, но они несут только ощущения зрительные и слуховые, обонятельные и вкусовые, тактильные и термические, локомоторные и многие другие. Но это только ощущения. А не делать различий между ощущениями и чувствами – значит впасть в самую глубокую психологическую ошибку. Если бы мы могли, что, конечно, немислимо, остановить стремительную и сложнейшую динамику психических процессов и рассмотреть отдельные элементы в статическом состоянии, то ощущения представились бы нам только как импульсы к возникновению мыслей, чувств, желаний и волевых движений. А мысли, выхваченные из мозга, оказались бы только незаконченным, сырым материалом, подлежащим глубокой и окончательной обработке в сердце – горниле чувств и воли.

Каким образом возникшие в мозгу мысли передаются в сердце, мы не знаем, но мысль как акт чисто психологический, в отличие от ощущений, как актов физиологических, не нуждается в анатомических путях проведения. Не нуждаются в этих путях и чувства, возникающие в сердце в зависимости от тех или других мыслей и в значительной мере формирующие их. Но не только из мозга сердце получает эти обработанные мысли, сенсорные

восприятия, но и само обладает удивительной, важнейшей способностью получать из мира духовного экзогенные, нисколько не адекватные органам чувств, ощущения самого высшего порядка. И эти ощущения из сердца передаются уму, в мозг и в огромной степени определяют, направляют и изменяют все психические процессы, в уме и духе происходящие. Интеллектуалисты считают непреложной истиной, что мы познаем действительность умом, анатомо-физиологическим органом которого они, естественно, считают головной мозг. Но уже в XVII веке, в разгаре картезианского догматизма, когда интеллектуализм был всесилен, гениальный математик и мыслитель Блез Паскаль сумел найти предел и бессилие разума и предложил заменить его познавательной способностью, которая отличалась бы непосредственностью и пригодностью для исследования истины.

То, что впоследствии Бергсон окончательно назвал интуицией, Паскаль назвал чувством тонкостей, чутьем суждения, чувством, вдохновением, сердцем, инстинктом. В самых первых своих творениях Паскаль установил эту новую разницу между «геометрическим умом» и чутьем тонкостей. Разум, – говорит Паскаль, – действует медленно, принимая во внимание столько принципов, которые всегда должны быть налицо, что он поминутно устает и разбегается, не имея возможности одновременно удержать их. Чувство действует иначе: оно действует в одну секунду и всегда готово действовать.

Его вывод таков: «Надо, следовательно, возложить наше упование на «чувство», иначе упование наше постоянно будет шататься. Затем следует знаменитое изречение: **«Сердце имеет свои причины, неизвестные уму»**, и Паскаль добавляет: **«Сердце, а не разум, чувствует Бога»**.

Удивительные и совершенно новые суждения о мозге – кумире интеллектуалистов – высказал Бергсон. Он полагает, что разница между спинным мозгом, рефлекторно реагирующим на получаемые импульсы, и головным мозгом – только в сложности, а не в характере функций. В головном мозге только регистрируется восприятие, пришедшее извне, и выбирается подходящий способ ответной реакции.

Мозг, – говорит Бергсон, – не что иное, как нечто вроде центральной телефонной станции: его роль сводится к выдаче сообщения или к выяснению его. Он ничего не прибавляет к тому, что получает. Все органы восприятия посылают к нему нервные волокна; в нем помещается моторная система, и он представляет собою центр, в котором периферическое раздражение вступает в сношение с тем или иным моторным механизмом.

Эти ошеломляющие мысли великого метафизика почти полностью совпадают с новым учением о высшей нервной деятельности, созданным

нашим гениальным физиологом Иваном Петровичем Павловым: «С точки зрения условных рефлексов большие полушария представляются как комплекс анализаторов, имеющих задачу разлагать сложность внешнего и внутреннего мира на определенные элементы и моменты и потом связывать все это с многообразной деятельностью организма. Оставаясь на почве точных фактов, мы можем сказать, что большие полушария есть совокупность анализаторов, которые разлагают сложность внешнего и внутреннего мира на определенные элементы и моменты и затем связывают таким образом анализированные явления с той или иной деятельностью организма. Эта сложнейшая мозговая деятельность остается только рефлексами головного мозга, и эта новая физиология мозга, как нам кажется, должна занять место психологического учения об ассоциациях». Эти исследования Павлова соответствуют наблюдениям хирургов над множеством раненых с абсцессами лобных долей мозга. Они, как правило, не сопровождаются сколько-нибудь заметными изменениями психики или расстройством высших мыслительных функций. Из своей собственной практики приведу только два ярких наблюдения. У молодого раненого я вскрыл огромный абсцесс (около 50 см³ гноя), который, несомненно, разрушил всю левую лобную долю, и решительно никаких дефектов психики после этой операции я не наблюдал. Если, таким образом, мозг нельзя считать органом чувств и исключительным органом высшего познания, то это в огромной мере подтверждает учение Священного Писания о сердце как органе чувств вообще и особенно высших чувств.

Объединим мысли:

- Пауля Фердинанда Шильдера об «образе тела»;
- П.К.Анохина о том, что «любое действие уже содержит в себе свой результат»;
- Рудольфа Штайнера о том, что мы «двигаемся путем непрерывно устраняемого паралича»;
- А.Г.Лещенко о «непрерывно задействованных в любом движении центров дрожания (тремора)»;
- И.П.Павлова о том, что «нервная система только комплекс анализаторов»;
- В.Ф.Войно-Ясенецкого, Бергсона и Блеза Паскаля о том, что «источником эмоций и местом их переработки является сердце».

И тогда вырисовывается следующая гипотеза: «Любое движение тела, мысли и эмоции рождается из образа, источник которого и способ передачи нам в настоящее время не известен. Вернее, это два образа: «образ-сигнал»,

отражающий воздействие внутренней среды, и «образ-цель», характеризующий желаемое состояние. Можно предполагать, что на языке нашего сознания этот источник образов следует назвать нематериальным в том смысле, что способов зафиксировать его органами чувств или их продолжением (приборами) пока нет. Появление образа вызывает расслабление (паралич) тела. Парализуясь, тело начинает хаотически двигаться (дрожать). В мозгу имеется образ тела и образы ранее выполненных движений (прошлый опыт). В нем происходит сличение вновь пришедших образов, образа тела и образа прежнего движения, близкого к желаемому. В случае расхождения происходит коррекция движения, направляющая к нужному состоянию. Таким образом, мозг – это аналог супермощного биокомпьютера, служащего инструментом коррекции между частями человека, существующими в разных мирах: материальном (тело), идеальном (сознание) и других...»

Вторая гипотеза: «Коррекции только с помощью мозга недостаточно. Необходимо произвести оценку образа с точки зрения соответствия его системе убеждений человека. Именно система убеждений, по нашему мнению, и составляет суть личности. И органом для оценки пришедшего образа (не существенно, откуда он пришел: из внешнего мира или мира внутреннего) является сердце».

Существует мнение о том, что все, что есть в мироздании, – проявление энергоинформационных вибраций. Реально существуют **вибрации** материального мира, воспринимаемые органами чувств и их продолжением (приборами). Не менее реальны проявления мира идеального – мысли, чувства и воля, – хотя инструментом их восприятия является только сознание.

Совершенно ясно, что не менее реальны **вибрации** мира неосознанного – мира убеждений «Моего Ты», в противном случае, откуда ко мне приходят сны и многое другое (интуиция, немотивированные поступки и прочие его проявления). Можно предположить, что реально до нас постоянно доходят **вибрации** мира сверхсознательного, только большинство из нас их подавляет влиянием сознания, не считает реальными, относит к области фантазий.

Чем же отличаются эти вибрации друг от друга?

Это можно только предполагать. Мы считаем возможным обозначить это предположительное качество, по примеру многих эзотерических учений, как «тонкость». **Вибрации** материального мира – **грубые**, осязаемые. **Вибрации** мира идеального – **тонкие**. **Вибрации** мира бессознательного – **тончайшие**. **Вибрации** мира сверхсознательного – **сверхтонкие**. Об «утончении» эмоций мы уже говорили.

Как эти **вибрации** переходят из одного мира в другой, как совершается «скачок»?

Из известных нам законов материального мира существует **закон резонанса**, по которому одни колебания, попавшие в **резонанс** с другими, многократно усиливаются. Можно полагать, что тонкие (пока ничем не измеримые) **вибрации** мира идеального попадают в **резонанс** с колебаниями воспринимающих контуров мира материального. В этом случае в объектах материального мира эти колебания многократно усиливаются до степени вполне материальных процессов. Так, полученная нами информация (путем воздействия объектов материального или идеального мира, грубых вибраций или тонких – это сути не меняет) может вызвать резонанс с контурами колебаний сложившихся **убеждений** (отношение к этой информации). В них появляются тончайшие колебания, которые, попадая в **резонанс** с нервными контурами лимбической системы, вызывают в них электрический ток и выделение нейрого르몬ов. Это и есть грубые колебания тела, ощущаемые им как изменение состояния комфорта как в сторону ухудшения (негативные эмоции тела), так и в сторону улучшения (позитивные эмоции тела). А осознаваемые **тонкие колебания** в контурах **«Сознательного Я»** – это и есть **чувства**.

Итак, тончайшие колебания «Ты» проникают без труда через «зеркальную стену» в **«Сознательное Я»**, вызывая тонкие колебания – осознанные эмоции, мысли и волю к совершению действий. Проникают они и в **«Тело»**, вызывая колебания грубые.

Процесс этого проникновения гармоничен, когда оно происходит синхронно. Если же колебания проникают преимущественно в **«Тело»**, то это следствие состояния, которое называется «алекситимия». Алекситимия (греч. *a* – отрицание, *lexis* – слово, *thyme* – чувство) – неспособность пациента называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план. Это явление было описано Р.Е.Зифнеосом в 1967 г. и рассматривалось им как предпосылка развития **психосоматических заболеваний**. **Перевод эмоций в слова – это функция «Сознательного Я»**, его умение перевести тончайшие колебания образов «Ты» в тонкие колебания символов-слов **«Сознательного Я»**.

Гармония заключается в том, чтобы связь **«Ты»** и **«Я»** осуществлялась без препятствий. Для этого нужно уметь переводить их языки, понимая и принимая все, что в них происходило (опыт) и происходит «здесь и теперь», – **ОСОЗНАНИЕ**. Для этого нужно быть открытым (искренним), не отрицать своих чувств, признаваться в них себе (в том числе, и в любви к себе) и не бояться сообщать о них другим – **ИСКРЕННОСТЬ**. Для этого нужно признать наличие у себя и созидательной и разрушительной программ и направ-

вить силы обеих на достижение общих целей – **ПРИНЯТИЕ**. Если эти условия будут созданы, результатом будет гармония – полное физическое, психическое и социальное здоровье.

Еще несколько замечаний о характере работы по развитию этих качеств.

«Зеркальная стена» между «Я» и «Ты», проницаемая только со стороны «Ты», – полный аналог полупроницаемой мембраны, являющейся одним из структурных отличий живого мира от мира минералов и веществ. Такие мембраны, составляющие оболочки клеток и клеточных структур внутри нее, пропускают крупные ионы только в одну сторону, создавая их повышенные концентрации внутри этих клеток и структур. Например, в цистернах ретикулюма мышечных клеток содержится кальций в высоких концентрациях. Окружающая эти структуры вода может проникать через такую мембрану. И она стремится проникнуть через нее, чтобы уравновесить систему, разбавить высокую концентрацию, но ей противостоит осмотическое давление. Оно не позволяет это сделать, и в этом мудрость Природы или Создателя, так как этот механизм позволяет без энергетических затрат сохранять целостность живых структур. Если же возникает необходимость извлечь замкнутые в клетках или структурах ионы, открываются каналы в мембранах и необходимые ионы проникают по законам диффузии в окружающее пространство. Это требует энергетических затрат, хотя и не очень больших. Если же нужно ионы «замкнуть» вновь, включаются насосы, действующие против градиента концентрации и требующие больших энергетических затрат. Так, кальций выходит из цистерн для инициации процесса сокращения мышечной клетки путем диффузии (но перед этим нужно открыть каналы), а закачивается снова в цистерны с помощью кальциевого насоса, энергию которому дает большое количество молекул АТФ.

«Зеркальная стена», за которой находится «Ты», полностью проницаема с его стороны, а со стороны «Я» к нему проникнуть путем простой диффузии нельзя. По аналогии с полупроницаемой мембраной это свидетельствует о том, что островок с избыточной концентрацией какого-то ограниченного начала окружает безграничный (по масштабам «Я») океан «Ты». Это начало – сознание (Душа) с его разумом, чувствами и волей. Вот почему мы не можем осознать процессы в нашем «Ты», не пускает мембрана – «зеркало». Отражением этого «зеркала» в «Теле» является различие в способах организации процессов мышления левым и правым полушарием. Из правого полушария информация об идущих в нем процессах без труда поступает в левое полушарие в виде образов (например, в снах), а вот расшифровать их – перевести на свой язык – и сообщить о них «Ты» левое полушарие не может.

Содержащиеся в «Я» концентрированные, организованные в символы (слова) мысли, эмоции и воля могут проникнуть через одностороннее «зеркало» только тогда, когда откроются «каналы» осознания, т.е. появится возможность вербализовать (передать словами) те фантазии и состояния, которыми наполнен «Ты». Это и делают психоаналитики, когда с помощью своих техник дают возможность «Я» пациента осознать свое «Ты». Это, безусловно, требует от него больших затрат энергии.

Невероятная трудность данного процесса состоит в том, что язык «Ты» не известен «Сознательному Я». Это тот язык, на котором «Сверх Я» говорит с «Ты», – язык Абсолюта. И все же при определенных (огромных) затратах психической энергии это возможно. Кроме того, это возможно при результативной работе по личностному росту, одной из целей которой и является осознание. Конечной же целью является состояние просветления, когда «Ты» создает для «Я» канал связи с «Сверх Я» – свет «Сверх Я» доходит до «Я». Энергию для разрушения «зеркальной стены» дает мортидо, а для созидания канала связи – либидо. Объединение их сил для этой цели – еще одна задача личностного роста. Очень хотелось бы знать механизм, который иногда позволяет состояться этому процессу в результате вмешательства извне – просветление в результате физической или психической травмы. Аналога в мирах живого или метафоры для объяснения такого механизма нам пока найти не удастся.

Иммунитет, аллергия и воспаление

Иммунитет – способность организма сохранять постоянство внутренней среды, защитив его от генетически чужеродного материала: чужого (микробов, вирусов, белков, паразитов) и собственного (мутировавшие клетки и белки).

Защита неспецифическая (без распознавания специфики чужеродного начала) – это барьеры, клеточные и гуморальные средства. Гуморальные: белковые системы – пропердиновая и реакция комплемента. Под влиянием эндотоксинов бактерий и при участии ионов магния пропердин активизирует систему комплемента. В результате в мембране чужеродной клетки образуются многочисленные круглые отверстия, через которые в нее поступает натрий и вода, которые и разрывают клетку. Кроме того, в крови есть лейкоцины, плакины и бета-лизины, а также множество ингибиторов микробных ферментов и интерферон.

На все эти факторы специфическая иммунизация не влияет, а следовательно, они направлены против всех без исключения чужеродных начал.

Клеточная неспецифическая защита – это воспалительный процесс, реакции которого (накопление и узнавание – бывшая альтерация, экссудация, пролиферация и регенерация) задерживают развитие микробов путем их фиксации в месте внедрения и отграничения грануляционным валом, состоящим из лейкоцитов. Дальше начинается процесс неспецифического фагоцитоза, который предназначен удалять любые инородные частицы. Тем не менее фагоцитоз способствует проявлению специфического иммунитета, так как «предъявляет таможенному контролю» организма структурные части чужеродного начала для последующего опознания.

Ход реакции воспаления в свете преодоления препятствий следующий:

1. Реакция накопления – получение данных о повреждении (альтерация – это следствие внешних воздействий).
2. Реакция смирения (принятия) – сравнение с прежним опытом, принятие решения.
3. Реакция капитуляции – реакция первоэлемента «вода» – экссудация-отек, целью которого является ограничение процесса.
4. Реакция концентрации – скопление фагоцитов и образование грануляционной ткани (пролиферация).

5. Реакция экспансии (преодоление препятствия) – репарация, регенерация, восстановление ткани.

Кто же осуществляет «досмотр» белка, определяя его чужеродность?

В коротком плече 6-й хромосомы находится ген, который несет ответственность за производство специфических белков-рецепторов тканей. Эти белки располагаются на поверхности мембран всех клеток организма, именно они являются генетическими маркерами совместимости тканей. Можно выделить видовые маркеры, причем для каждого вида животных они свои, вследствие чего не возможны межвидовые скрещивания и пересадка органов и тканей, и индивидуальные маркеры – вот почему отторгаются чужие органы, а органы однояйцовых близнецов, у которых генетический аппарат идентичен, приживаются без применения механизмов подавления реакций отторжения.

Именно эти белки определяют наличие чуждого для организма генетического материала и включают быстрый механизм не специфических, также генетически запрограммированных способов защиты. Самые архаические (филогенетически древние) способы защиты мы уже перечислили, однако существуют и более современные (хотя также архаичные) медиаторные и цитокининовые системы. Роль их в нормально функционирующем организме заключается в том, чтобы поддерживать равновесие **«Созидателя»** и **«Разрушителя»**, процессов пролиферации (увеличения числа клеток) и апоптоза – генетически запрограммированного процесса разрушения клеток. Оба эти процесса служат поддержанию гомеостаза, т.е. все той же неспецифической защите.

Однако этим защита не ограничивается, дальше включается специфическая защита – собственно, это и есть иммунитет. Он бывает врожденный и приобретенный, естественный и искусственный. Осуществляют его иммунокомпетентные ткани и органы: тимус, лимфоузлы, селезенка, аппендикс и пейеровы бляшки, миндалины, костный мозг. Иммунокомпетентными клетками являются лимфоциты и макрофаги.

Лимфоциты делятся на Т-лимфоциты (от слова тимус) и В-лимфоциты (от слова бурса – сумка). Т-лимфоциты в незрелом виде попадают из костного мозга в тимус, в котором проходят «обучение», приобретая рецепторы к различным антигенам, расположенным на поверхности клеток. Затем они расселяются в лимфоидные ткани, где способны реагировать на антигены размножением с образованием различного типа эффекторных Т-лимфоцитов. Большая часть Т-лимфоцитов циркулирует в крови, часть из них живет до 10 лет, сохраняя **память** обо всех антигенных ответах.

Эффекторные Т-лимфоциты: 1) хелперы (помощники), обеспечивающие дифференцировку лимфоцитов; 2) киллеры; 3) амплифайеры, усиливающие производство киллеров; 4) супрессоры – подавляющие иммунный ответ на определенный антиген.

В-лимфоциты попадают из костного мозга в селезенку, аппендикс или пейеровы бляшки, где они дифференцируются в В-лимфоциты памяти и плазматические клетки, продуцирующие антитела. Они обеспечивают специфический гуморальный иммунитет, связывая антигены и обезвреживая их.

При первой встрече с чужеродным началом нужно время для его распознавания, размножения клеток памяти и эффекторов. Трое суток спустя в крови появляются первые антитела, затем их титр нарастает, а к 10-14-му дню – падает, оставаясь на очень низких цифрах.

При вторичных встречах титр антител нарастает быстро и держится долго, а эффекторы размножаются сразу же. Это объясняется сохранением в организме антигенной информации. Макрофаги разрушают, предъявляют антиген Т-лимфоцитам, которые либо уничтожают его (киллеры), либо передают информацию о нем В-лимфоцитам (хелперы).

Иммунный ответ на собственные макромолекулы гасится тем, что в период «обучения» Т-лимфоцитам «предъявляется» большое число таких структур, происходит привыкание к ним – десенсибилизация. В иммунологической толерантности играют роль и Т-супрессоры, которые можно вызывать искусственно, вводя антигены в первый период «обучения», во внутриутробном периоде или сразу же после рождения. Это же можно сделать, вводя иммунодепрессанты или облучая.

Итак, фазы иммунитета:

1. Определение «свой-чужой», на этой фазе маркеры совместимости белков объявляют **«тревогу»** и, еще не зная, насколько велика опасность, на всякий случай включают механизмы неспецифического иммунитета. На этой же фазе происходит накопление, на всякий случай, различных РНК, которые при необходимости включатся в процесс воспроизводства цитокининов. Если же встреча с антигеном не первая, то объект передается фагоцитами для опознания клеткам памяти.

2. В клетках памяти разыскивается характеристика (маркеры) предъявляемых макрофагами белков – антигенов. Поскольку это связано с принятием прошлого опыта, это – фаза принятия (**смирения**). Чтобы приобрести такой опыт, клетки памяти обучаются «фундаментальным» наукам в селезенке и костном мозге, а «высшее» образование (тонкие специфические ответы) получают в эпителиальных клетках вилочковой железы. Не исключена большая роль на этом этапе аппендикса – этой «миндалины» кишечника, именно

в нем принимается решение, какого возбудителя пропускать, а какого – нет. Вот почему после аппендектомии так часто беспокоят кишечные инфекции.

3. Если опыта встречи с чужеродным объектом нет, то возможны два варианта: первый – опасность не подтверждается и белок принимается как свой, включаются механизмы подавления иммунитета: естественные иммунодепрессанты (кортикостероиды – минералокортикоиды) и активность Т-хелперов и Т-супрессоров. Это – фаза **капитуляции**, расслабления (активного подавления) механизмов иммунитета.

4. Вторым вариантом – опасность нарастает и начинается следующая фаза – **концентрация** Т-киллеров и антител растет. Регуляция этого процесса осуществляется главной иммунокомпетентной антиген-презентирующей клеткой – макрофагом. Учитывая, что эта клетка, как и нейрон, в состоянии продуцировать любые белки, т.е. способность ее реагировать на любые воздействия наивысшая, надо полагать, что в организме нет явных механизмов регуляции ее деятельности. Она, как и нейрон, сама регулятор. Вспомним, что согласно нашей гипотезе, любой образ проходит оценку с помощью эмоций. В данном случае это образ повреждающего агента. Возможно, на этом этапе более чем на всех предшествующих, эмоции «напрямую» могут либо стимулировать иммунный ответ, либо его подавлять.

5. Чужеродный объект уничтожается (агрессия или **экспансия**), включается разрушительная программа, регулируемая эндорфинами (гормонами радости). Их активность может быть подавлена релизинг-фактором гипоталамуса (см. рис. 7).

Иммунитет является лишь частным проявлением фундаментальных реакций сохранения целостности внутренней среды (гомеостаза). Вот перечень этих реакций:

1. Получение информации, фильтрация и ее складирование – **накопление**.

2. Сравнение принятой информации с ранее имевшейся (памятью) и принятие решения о вариантах реакции (сражаться, бежать, затаиться) – фаза **смирения** (принятия).

3. Апоптоз – генетически запрограммированное уничтожение клетки – фаза **капитуляции**.

4. Пролиферация – производство новых клеточных элементов для восстановления своих тканей или уничтожения чужих – фаза **концентрации**.

5. Репарация (ремонт) и регенерация (восстановление) клеток, тканей и систем – фаза **экспансии**.

Абсолютным аналогом иммунитета является психологическая защита. С ее помощью охраняется **целостность** нашей внутренней среды. Агрес-

сор, в форме, повреждающей мою **целостность** информации, пытается, как и чужеродный объект мира материального, проникнуть в мой **идеальный мир**. Целью такого проникновения, как и в случае с вирусной инфекцией, является овладение моим внутренним миром. Вирус заставляет клетки нашего организма работать на себя. Точно таким же образом вредоносная информация (чужие сообщения и собственные мысли) стараются завладеть миром идеальным и заставить включиться разрушительную программу. Эта программа может быть направлена на себя, вплоть до суицида. Она же может быть направлена на других, вплоть до убийства.

Какая же информация является вредоносной? По аналогии с инфекционными возбудителями **агрессивные мысли** и **мысли страха** могут быть безусловно-патогенными и условно-патогенными. Условно-патогенная бактериальная флора активизируется и может вызвать болезнь при ослаблении иммунитета. Так и безвредный (даже необходимый) охранительный страх или гнев в условиях ослабленной психологической защиты может иметь катастрофически разрушительные последствия. Это же может быть с чувством **обиды, вины, пессимизмом** вплоть до катастрофического мышления, **ненавистью, завистью, отчаянием**.

Нам более или менее известны механизмы биологического иммунитета. Оказывается, механизмы иммунитета психологического известны были тысячами.

Они носят название: **Надежда, Вера и Любовь**.

Любовь – противопоставляет разрушительным агрессивным мыслям созидательную программу, программу любви к себе и к другим людям, ко всему живому на Земле. Именно в таком порядке: «Возлюби ближнего своего, яко самого себя!» В этой заповеди Христа любовь к себе предшествует любви к ближнему. Вот где смысл либидо, либидо – это просто программа созидания, она и есть программа Любви.

Вера – противопоставляет сознательным мыслям о психологической агрессии и аутоагрессии неосознанные образы того, что у меня (вера в себя), у других (вера в людей), у Бога (вера в мировой порядок) есть силы и возможности для достижения цели.

Надежда – противопоставляет агрессивным вмешательствам и собственным мыслям, уже прорвавшимся во внутренний мир, мысли о том, что все еще изменится к лучшему.

Исходя из модели пентаграммы здесь не достаёт двух компонентов. Надежда (на себя, других и Мировой Порядок) – это накопление в основном традиций прошлого. Вера (в себя, других, Бога) – это фаза расслабления, капитуляции (напомним, что это фаза весьма активная, требующая большого

количества энергии особого рода). Любовь (себя, других, Весь Мир) – это фаза экспансии, преодоление препятствий любого рода.

В этом перечне отсутствуют 2 необходимых элемента психологической защиты: нет фазы смирения и фазы концентрации. Мы полагаем, что в фазе смирения – это незаслуженно отодвинутое в тень **ПРОЩЕНИЕ** и **ПРИНЯТИЕ** (себя, людей и всего, что с тобой может случиться), символом которых являются Сын Божий и Богородица. А в фазе концентрации – это **ВОЛЯ**, способность действовать и мыслить, способность **Творить** (рис. 14).

Следуя гипотезе голографичности частей человека, можно предположить, что нарушения иммунитета **«Тела»** ведет к таким же нарушениям в **«Моем Ты»** и **«Моем Сознательном Я»**. И наоборот, нарушение иммунитета психического ведет к дефектам иммунной защиты физического тела. Все больше говорят о том, что разрушительные информационные вирусы – это не только беда компьютерных программ. Информационные вирусы эмоций и образов так же реальны, как и вирусы материальные. Они так же размножаются, таким же образом требуют для себя особой среды (в данном случае информационной), так же агрессивны, пытаются использовать все ресурсы хозяина. Кто из вас не испытывал слабость, вялость, головную боль из-за «тяжелых» мыслей и «отрицательных» эмоций («эмоций отрицания»: я их не хочу – отрицаю, а они никуда не уходят)? Чем не вирусы – эти навязчивые мысли и чувства (**«Сознательный Я»**) или образы и эмоции (**«Мой Ты»**), если механизмы их существования и последствия их деятельности одни и те же?

Особенно показательным это явление на примере **синдрома хронической усталости**. Это – очень модный диагноз, особенно на Западе, позволяющий поместить в какие-то рамки непонятные признаки заболевания, причин которого на поверхности нет. Существует гипотеза, что есть вирус хронической усталости, переносимый особым видом тараканов. А нам кажется, что это – информационный вирус, поражающий жителей больших городов из-за их невероятного скопления. Отрицательные эмоции, испытываемые вследствие проникновения информационных полей в твое личное пространство (о его существовании и способах его измерения вам расскажет любой психолог), вызывают хроническую физическую, эмоциональную и умственную усталость.

Таким образом, одного из повреждающих начал: материального (вируса или микроба, канцерогенного фактора или хронической травмы) или информационного (чрезмерных и неадекватных ситуаций эмоций и навязчивых катастрофических мыслей), мало для гибели системы или ее тяжелого повреждения (хронической болезни). Наличие только одного из повреждаю-

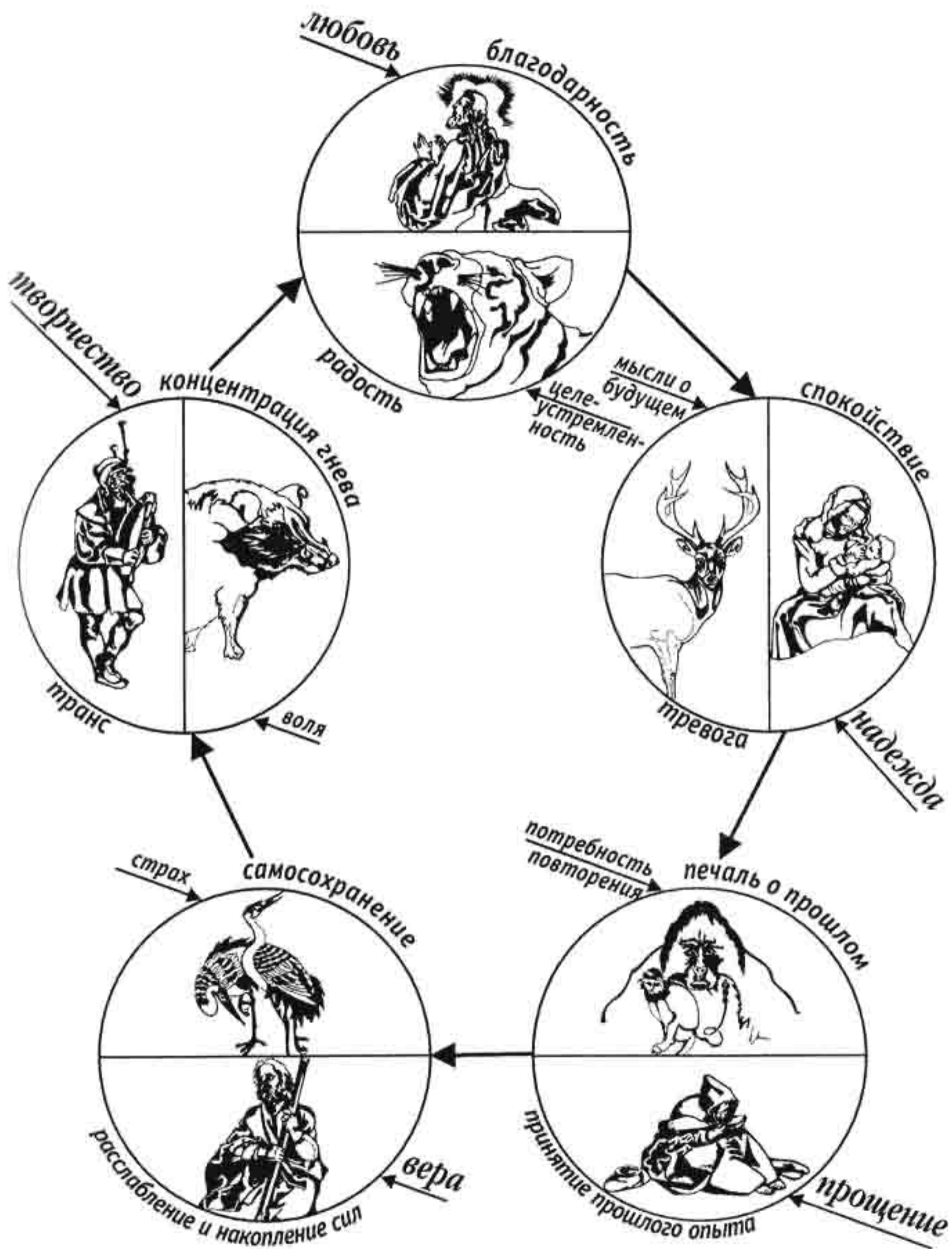


Рис.14. Иммуитет

щих начал – достаточное основание для стагнации (застоя) в развитии системы. Для того чтобы система потерпела катастрофу, необходимо присутствие и материального, и информационного, повреждающего систему, начала.

Одновременно с мифом о Медикее (богине Лечения) возник и миф о Гигиее (богине Профилактики).

Известны способы профилактики проникновения чужеродного начала: способы гигиены и асептики. Давно известен и профилактический механизм психологической защиты – барьер для агрессии. Он называется – «Золотое Правило» и звучит практически одинаково на языках всех мировых религий:

***Будда** сказал: «Не причиняй боли тем, что причинило бы боль тебе».*

***Зороастр** сказал: «Только тот человек хорош, который не сделает другому того, что плохо для него самого».*

*В **Талмуде**, Святой Книге еврейской веры, написано: «Того, что зло для тебя, не делай ближнему своему. Это основной закон, все остальное – комментарии».*

***Кришна**, Учитель индуизма, сказал: «Это суть всех истинных добродетелей: относись к другим так, как ты хотел бы, чтобы они относились к тебе. Не делай своему соседу ничего такого, что ты не хотел бы, чтобы он сделал тебе».*

***Иисус** сказал: «Как ты хотел бы, чтобы другие люди поступали с тобой, так и ты поступай с ними».*

***Мухаммед** в Коране, Священной Книге ислама, сказал: «Тот не познал истинной веры, кто не желает своему брату того же, чего желает себе».*

***Бахаулла**, Пророк веры бахаи, сказал: «Благословен тот, кто предпочел себе брата своего».*

Психотерапевтическая поддержка при нарушении иммунного ответа должна быть дифференцированной. Конечно, можно профилактически, используя методику недирективного транса, с помощью специально подобранных текстов отображать ход реакций на препятствие в правильной последовательности. (Эти тексты приводятся ниже.) И все же эффективность будет гораздо выше, если определить фазу, в которую не поступает информация или энергия из-за наличия блока. Именно в этой фазе при работе в трансе должен быть сделан акцент на корригирующие, как правило, усиливающие воздействия. Например, возможен вариант, когда с помощью лабораторных иммунных реакций или при определении эмоционального статуса пациента окажется, что он «застрял» в **фазе капитуляции**. Лаборатория покажет, что дальше неспецифического иммунного ответа защита не идет, специфические иммунные тела в крови не появляются. Психологический статус пациента будет характеризоваться как тревожно-мнительный. В этом случае терапев-

тическая работа в транс будет направлена на переформирование тревоги в спокойствие и на преодоление блока между реакцией накопления и реакцией смирения.

Подводя итог этого раздела, следует отметить, что недостаточность иммунитета – это чаще слабость **созидательной** программы, слабость либидо, которое ничего не может предоставить агрессивным воздействиям, как материальным, так и идеальным. Вместе с тем, возможна и слабость **разрушительной** программы, не позволяющей уничтожить проникшего агрессора. Как и во всех прочих реакциях на препятствие, в реакциях иммунитета необходимо совместное действие как «Созидателя», так и «Разрушителя».

Возможна избыточность иммунитета, когда **созидательная** программа либидо настолько сильна, что противопоставляет безвредным агентам всю мощь своих защит, включая мощные **разрушительные** механизмы. Такая избыточность иммунитета приводит к реакциям, которые в медицине называются аллергическими.

Общий патогенез аллергических реакций

Три стадии:

I. Стадия иммунных реакций (иммунологическая) заключается в образовании в организме аллергических антител (или сенсibilизированных лимфоцитов) и их накоплении. В нашей модели – это нарушенная фаза принятия – исследования предшествовавшего опыта.

II. Стадия биохимических реакций (патохимическая). Суть ее состоит в выделении готовых и образовании новых биологически активных веществ (медиаторов аллергии). В нашей модели – это фаза концентрации.

III. Стадия клинических проявлений (патофизиологическая). Представляет собой ответную реакцию клеток, органов и тканей организма на образовавшиеся в предыдущей стадии медиаторы. В нашей модели – фаза экспансии.

По нашему мнению, как и во всех остальных процессах, в аллергии присутствуют все пять фаз: накопления – тревоги, смирения – принятия, капитуляции – расслабления, демонстрации – концентрации и экспансии – преодоления препятствия.

Возможные отклонения в каждой фазе:

IA. При **избыточной тревоге** неспецифический защитный ответ на безвредный антиген будет избыточным («превышение необходимой самообороны»). Воспалительная реакция там, где она вовсе не требуется, – парааллергические реакции (например, на холод) немедленного типа. Механизм: раз-

личного рода неспецифические воздействия, например, стрессовые реакции вызывают избыточную активность гена в коротком плече 6-й хромосомы, ответственного за поставку белков-рецепторов совместимости тканей, и тогда – либо безудержная экссудация (отек Квинке, крапивница), либо такая же взбесившаяся пролиферация (неуправляемый рост тканей) вместо адекватного механизма защиты – воспаления. Эмоция – постоянная **тревожность**.

IB. Малая тревога. При **недостаточной настороженности** – депрессия вышеуказанного гена подавляет выработку одного из классов белков-рецепторов гистосовместимости, что приводит к отсутствию возможности получения и хранения информации, – будут пропускаться вредоносные агенты и беспрепятственно «хозяйничать» в организме.

IIA. Избыточное принятие. При обнаружении чужеродного объекта клетками памяти и ошибке в их определении – впоследствии возможен избыточный специфический иммунный ответ – аллергические реакции замедленного типа. Механизм этого явления – нарушение интенсивности перекрестных реакций на антиген. Перекрестные реакции нужны, память конечна, поэтому часть реакций идет перекрестно, т.е. маркеры памяти реагируют не только на точно определяемый белок, но и на некоторые похожие. Однако на этой стадии под влиянием повреждающих факторов эмоционального характера интенсивность перекрестных реакций становится такой, что безвредный белок вызывает мощнейший иммунологический ответ. Ошибки эти происходят из-за недостатков в «обучении» клеток памяти в костном мозге, селезенке и тимусе. Принятие образа – это его узнавание и сравнение (корреляция) с имеющимися в памяти. Корреляция может быть избыточной, безвредный агент принимается за разрушительный. Эмоции – **печаль, тоска, сожаление о прошлом**. Вместо приобретения нового опыта (обучения) бесконечный возврат к вариантам старого – повторение реакций, уже не адекватных в новой ситуации. Эта потребность в повторении прежнего опыта, т.е. возврата к стереотипам, подробно описана Паулем Шильдером. Таким способом мозг преодолевает «проклятие собственной сложности». И все же, когда повреждающий агент – новый, тогда и реакция на него должна быть другой. Даже ранее встречавшийся агент в условиях изменившихся обстоятельств среды потребует нового ответа.

IIБ. Недостаточное принятие прошлого опыта. При недостаточной или замедленной реакции клеток памяти на действительно опасный агент – развитие механизмов иммунитета, не успевающих за ходом развития инфекции. «Виновны» лимфоидные ткани, которые не обеспечивают размножение достаточного числа Т-лимфоцитов. Принимается решение «никакого реше-

ния не принимать», так как агент определяется как безвредный. Эмоции – **безразличие, беспечность, вседозволенность.**

IIIА. Полная капитуляция. Под влиянием гормона коры надпочечников – кортизола – формируется избыточная иммунная толерантность – пропускается вредоносный агент. Механизм: под влиянием специфических эмоций включается программа разрушения. Т-хелперы, активизируясь, включают настолько мощную цитокининовую систему, что она с помощью огромного количества интерлейкинов и интерферона начинает уничтожать собственные иммунокомпетентные ткани, прежде всего тимус и лимфоузлы. Это подавляет все остальные механизмы защиты, в том числе, и от атипических клеток будущей опухоли. Что за эмоции включают этот процесс? По нашему мнению, это различного рода страх: **чрезмерный и подавленный страх, испуг, отчаяние, безнадежность.**

IIIБ. Отсутствие капитуляции–расслабления. Недостаточная иммунная толерантность – преждевременный переход к 4-й фазе. Расслабление – процесс активный, требующий определенных механизмов. В данном случае выраженная напряженность механизмов иммунитета не сменяется противоположным процессом – активизацией Т-хелперов, Т-супрессоров и других механизмов подавления иммунного ответа, в частности, естественные антидепрессанты – глюкокортикоиды – вырабатываются в меньшем количестве. Создаются условия для избыточного иммунного ответа на следующей фазе. Эмоция – **постоянная напряженность.**

IVА. Избыточная концентрация антител к собственным антигенам – подготовка к аутоагрессивной реакции. Если их концентрация очень высока, есть опасность разрушения собственных клеток и тканей. Эмоция – **чрезмерный и подавленный гнев.**

IVБ. Недостаточная концентрация – слабый иммунный ответ. «Виновны» – селезенка, аппендикс и другие иммунокомпетентные органы. Эмоция – **безволие.**

VA. Избыточная экспансия – аутоагрессивные реакции («взбесившийся» иммунитет), коллагенозы и другие аутоагрессивные состояния. Эмоция – **чрезмерная агрессия – подавленная или открытая.**

VB. Недостаточная экспансия – неполное уничтожение чужеродного объекта – хронизация процесса. Эмоция – **малая агрессивность – слабая программа разрушения.**

Таким образом, **адекватный ответ** на чужеродное начало на всех стадиях преодоления препятствия – это **иммунитет, чрезмерный ответ** – это различного рода **аллергические** проявления, а **недостаточный ответ** – проявле-

ние беззащитности или слабой защиты постоянства генетической среды организма.

С учетом психосоматики патогенез аллергии и недостаточного иммунного ответа выглядят как «чрезмерно много – аллергия» или «чрезмерно мало – недостаточный иммунный ответ» силы и продолжительности эмоций на соответствующей стадии иммунитета.

Вот типичный аллергический набор эмоциональных состояний (рис. 15):

- 1) чрезмерная тревожность, катастрофическое мышление;
- 2) недостаточное и неправильное принятие своего прошлого опыта, двойственное отношение к прошлому;
- 3) постоянная напряженность, отсутствие состояния релаксации;
- 4) подавленный гнев;
- 5) подавленная агрессия.

Процессы при аллергии могут нарушаться на одной из стадий преодоления препятствия или на нескольких. В фазе накопления преобладает тревожность над спокойствием, в фазе смирения – повторение прошлого (печаль) над его принятием, в фазе капитуляции – страх над расслаблением, в фазе концентрации – гнев над состоянием творческого трансa, в фазе экспансии – состояние особое. Фактически пациент не попадает в фазу экспансии, так как нет движения по направлению к цели. Эта цель в данном случае ошибочна, это – «фантомная» цель. Следовательно, и движение к этой цели – процесс «фантомный» (рис. 16).

Аллергик с большим трудом приспосабливается к себе (1), людям (2) и ситуациям (3).

1. Трудности в приспособлении к себе (любви к себе) связаны с противоречивым к себе отношением, когда одна часть его к чему-то стремится, а другая – отвергает это стремление (ошибки в реакции смирения – принятии прошлого опыта). Эта внутренняя борьба на стадии смирения заставит впоследствии пропустить стадию расслабления, совершив ошибку в выборе и обратив силы своего «Разрушителя» на себя.

2. Отношение к другим выражается словами: «И горько съесть, и жалко выбросить!» Аллергик любит (уважает) человека, но не хочет проявлять свою зависимость от него. Для этого состояния характерно частое использование в речи частицы «но», на языке транзактного анализа эта частица характерна для драйвера-водителя определенного алгоритма эмоций, чувств, мыслей и поведения, который называется «Радуй других!» Этот драйвер обычно приводит к жизненному сценарию – «После». Лозунг жизни человека, живущего по такому сценарию, – «Сейчас я могу радоваться, но завтра

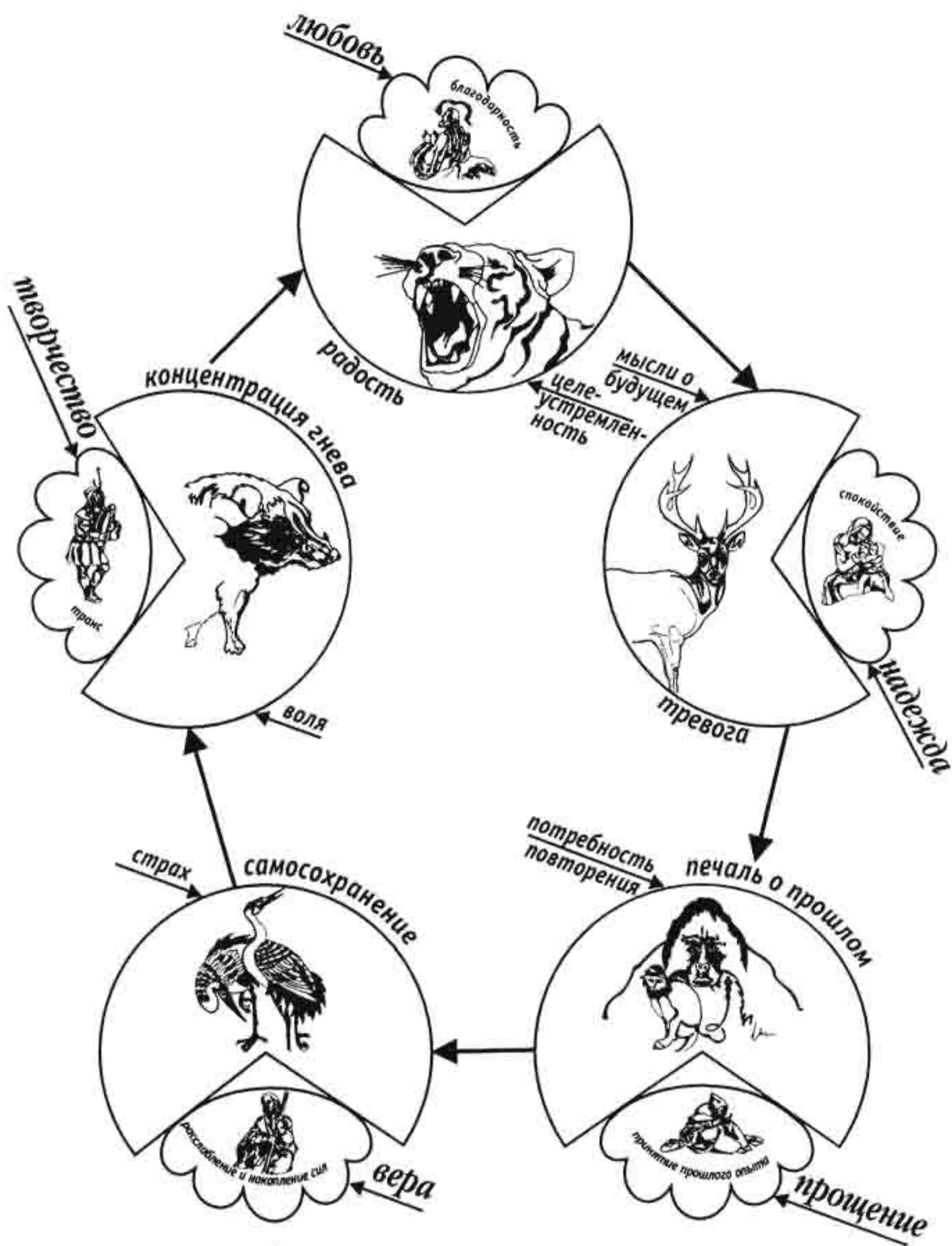


Рис.15. Аллергия

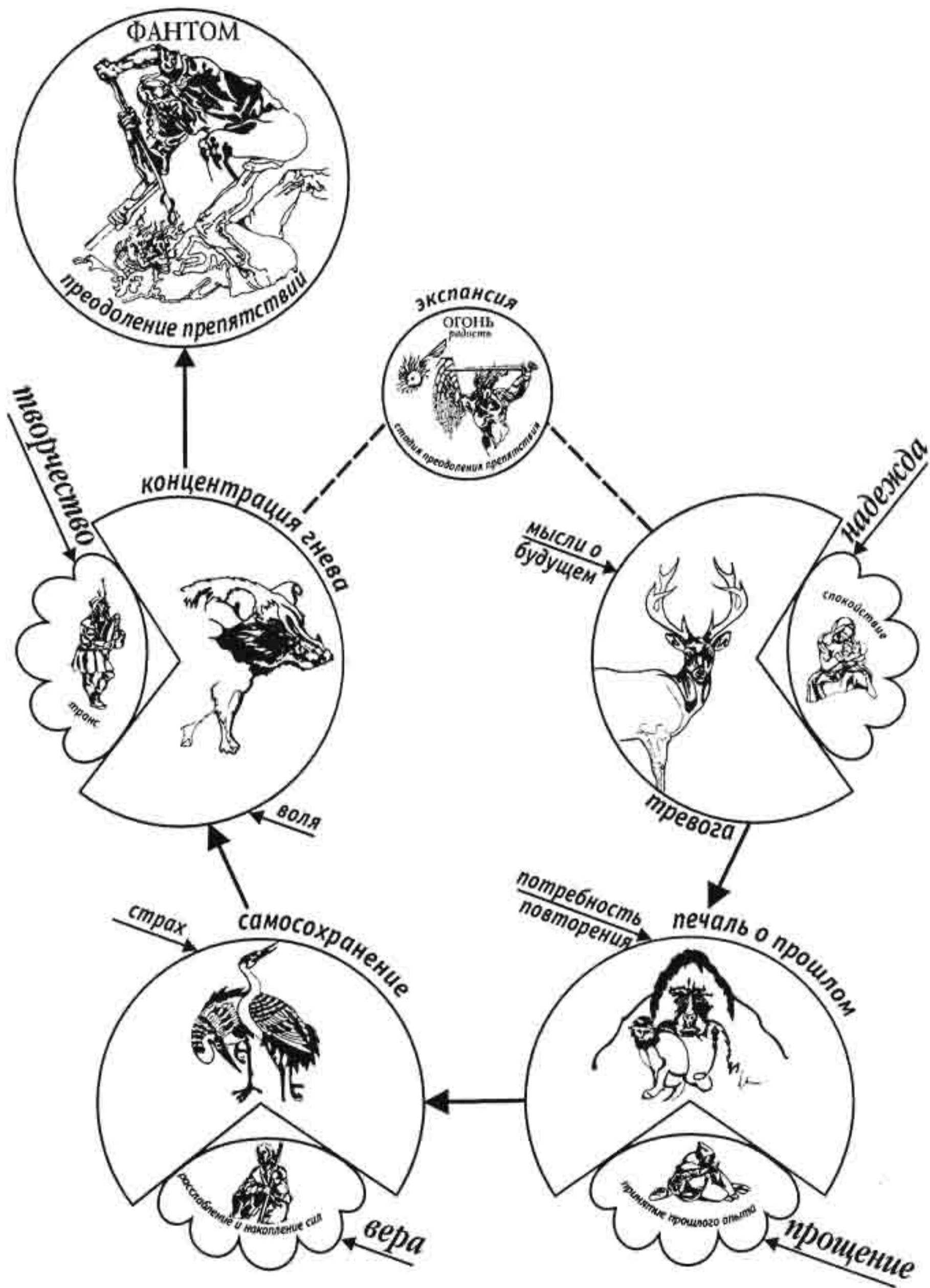


Рис.16. Аллергия

должен заплатить!» В концентрированном опыте человечества этот сценарий отображен в мифе о Дамокле – «Дамокл пирует, зная, что над его головой висит на волоске острый меч». Причина формирования этого драйвера может крыться в том, что ребенок получал противоречивые указания от родителей, имевших разные взгляды на жизнь и постоянно споривших.

3. Отношения к обстоятельствам выражается в том, что аллергик часто считает себя жертвой агрессии, в связи с чем постоянно превышает необходимые пределы самообороны как в прямом, так и в переносном смысле. Кроме того, аллергия – хороший способ привлечь внимание к обстоятельствам, в которых она проявляется.

У аллергика есть внутренняя часть, другой человек или обстоятельства, которые его одновременно притягивают и отталкивают. Часто аллергия бывает именно на тот продукт, который ты любишь больше других. Этим «продуктом» может быть другой человек или определенные обстоятельства (отношения). И это означает, что ты не признаешь за собой (и другими) права пользоваться радостями жизни, **«Твой Мы»** ввел **«Твоему Ты»** большое количество запрещающих и ограничивающих убеждений.

У Лиз Бурбо есть замечательные слова: «Поскольку ты не можешь переделать других, тебе не остается ничего другого, как научиться смотреть на мир глазами своего сердца». Та же мысль у Экзюпери: «Глаза слепы. Хорошо видит только сердце!»

Теперь к вопросу о психотерапевтическом лечении аллергии. Здесь мы придерживаемся принципов позитивного подхода Пезешкиана, который призывает к открытости для любого вида вмешательства, сделанного профессионально. Дочь и продолжатель дела Зигмунда Фрейда Анна Фрейд, обращаясь к психоаналитикам, как-то сказала: **«ДЕЛАЙТЕ ВСЕ, ЧТО ХОТИТЕ, ТОЛЬКО ЗНАЙТЕ, ЧТО ВЫ ДЕЛАЕТЕ!»**

Задачи психотерапевтического лечения аллергии понятны из приведенного выше текста. В общем виде, как и при всех психосоматических заболеваниях, задача одна – гармонизация хода реакций на препятствие. Это означает их правильное чередование с акцентом на тех типах реакций, которых требуют конкретные ситуации.

Частная задача при аллергии выглядит так: обратить внимание на **дефицит расслабления в реакции капитуляции, ошибки в реакции смирения – принятия прежнего опыта (прощения себя и других), избыток в реакциях накопления (тревога), концентрации (гнев) и экспансии (агрессивность)**. В целях гармонизации мы предпочитаем сочетание рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса и рационально-смысловой Виктора Франкла с недирективными трансовыми воздействиями. Мы понимаем,

что всякая недирективность относительна, ведь, не отдавая никаких конкретных приказов, мы в своих трансовых текстах, останавливаемся на моментах, с нашей точки зрения, требующих гармонизации. Вместе с тем, способ такой гармонизации «Ты» пациента, к которому мы обращаемся с помощью метафоры в трансе, проникая через «зеркальную стену», построенную «Его Мы» и охраняемую органом «Его Мы» – критическим мышлением, – позволяет «Его Ты» самому решить задачу гармонизации. Вот почему мы считаем свой метод воздействия недирективным трансом.

В первой части сеанса мы обсуждаем все то, что было изложено выше, в объемах, доступных пониманию пациента. А затем, с его согласия, погружаем его в транс, используя техники Мильтона Эриксона, а в трансе работаем с помощью позитивных многослойных метафор. Образец такой метафоры приводится ниже.

Я расскажу вам историю о двух моих друзьях детства. Один, по имени Михаил, отличался, по нашему общему мнению, очень большой самостоятельностью в своих суждениях и поступках. Это вызывало к нему двойственное отношение: с одной стороны, мы восхищались его талантами, а с другой – нам казалось, что у него как бы «атрофирована» мораль – слишком своеобразно он относился к понятию «долг» и часто посмеивался над нашими моральными установками. Другой мой друг, его имя – Вадим, был надежен, как скала. На него с первых классов школы друзья могли положиться во всем, а друзей у него всегда было много. Михаил стал врачом и преуспел в своей профессии, а Вадим – инженером. Своей профессией он тяготился, так как она не давала ему возможности полной реализации его желаний – желаний непосредственного служения людям. И он реализовал себя в хобби – стал альпинистом и спелеологом (специалистом по пещерам) высокого класса, настолько высокого, что его стали приглашать в качестве инструктора-проводника геологи для организации экспедиций в самые труднодоступные места. Эти путешествия были для него источником внутренней силы, но однажды произошло несчастье – один из геологов сорвался в пропасть. Его спасли, оперировали, однако он остался инвалидом. Вадим не мог простить себе этого случая, хотя его никто не винил, так как геолог был сам виноват, допустив нарушение элементарных правил восхождения в сложном горном рельефе. Он пошел в труднодоступное место в одиночку, без страховки. Вадим считал, что это он виноват в том, что не сумел убедить этого геолога в необходимости соблюдения правил безопасности. Как бы реабилитируя себя, он стал рваться в самые сложные и опасные предприятия, физические силы стали сдавать, а к этому еще добавилась болезнь желудка. Вначале это был сравнительно безобидный гастрит, а затем была

обнаружена обширная язва 12-перстной кишки. Походы стали невозможны, и жизнь для Вадима потеряла смысл. Здоровье ухудшалось с каждым годом, и однажды, на свое счастье, Вадим случайно встретил Михаила. За рюмкой водки он рассказал Михаилу о последних событиях своей жизни. Тот сочувственно выслушал и рассказал ему фантастическую историю из жизни дельфинов. Дело в том, что Михаил специализировался в нейрофизиологии и много времени проводил в дельфинарии, изучая поведение дельфинов и их язык. Он рассказал, что среди дельфинов выделялся один, который плавал быстрее других, знал больше смешных трюков и имел более богатый, с большим набором свистков, щелканий и тресков, язык. Его одного регулярно выпускали из дельфинария в открытое море, и он неизменно возвращался домой, вволю наигравшись с «дикими» дельфинами. И вот во время одной из таких прогулок в стаю резвящихся дельфинов ворвалась разбойница-касатка, убийца дельфинов. Наш дельфин самоотверженно бросился ей навстречу, чтобы увести за собой от молодых дельфинят. Однако разбойница была опытной и не пошла на уловку нашего дельфина. Она выбрала самого маленького дельфиненка и бросилась на легкую добычу. Дельфины ничего не могли поделать! В этот раз наш дельфин впервые не вернулся домой, он приплыл только на следующий день и несколько дней молчал и не принимал пищи. Когда его отпустили на прогулку вновь, он долго что-то «сообщал» своим «диким» собратьям, а потом вся стая, вместе с малышами поплыла к тому месту, где разбойничала касатка. Михаил рассказывал, что в это время нашего дельфина окутывал какой-то призрачный серебристо-жемчужный цвет немыслимой красоты. Этот цвет постепенно окутал всю стаю. Какое-то странное состояние покоя и отрешенности, принятия всего существующего охватило всех, кто наблюдал за этой картиной. Появилась касатка. Вся стая замерла. Мы думали, что она во главе с нашим дельфином готовится к атаке на касатку. Вместо этого все они вслед за дельфином-вожаком окутались непроницаемым черным мраком. Касатка в явном беспокойстве обошла это облако бархатного мрака и спешно ретировалась. Больше никто в этих краях касаток не видел, похоже, она сообщила другим касаткам, какие чудеса здесь творятся, ведь касатки такие же умные, как и дельфины, только агрессивные. Михаил вспомнил, что в то время, когда дельфинов окутал мягкий совершенно черный бархат мрака, все погрузились в колоссальное чувство любви ко всему живому, даже к готовившейся к нападению касатке. Впоследствии никто не пытался анализировать, как могло произойти такое – чудо потому и чудо, что нет ему объяснения. Одно было ясно, что серебристо-жемчужный свет вокруг дельфинов был цветом принятия – прощения, а бархатный мрак – цветом любви. Именно оттуда,

из этого мрака, рождается все живое: цвета и эмоции, мысли и поступки. После окончания рассказа друзья долго молчали, каждый по-своему переживая вереницу образов, возникших в их воображении. Больше они не встречались. А Вадим резко пошел на поправку: язва зарубцевалась и вообще желудок перестал беспокоить, как и в прежние времена появились силы, только расходовал он их теперь иначе. Он больше не бросался в рискованные предприятия, а организовал школу для детей, в которой он учил их скалолазанию и подводному плаванию, а также многим другим вещам, которые так нужны в жизни. Это была школа выживания. И главным предметом в ней была наука мудрости. Это была наука о том, что есть в жизни моменты для концентрации воли и борьбы, а есть такие, когда необходимо принятие-прощение и любовь. Вадим не отдавал себе отчета, что этой мудрости его научил наш дельфин.

Связь ИММУННОЙ СИСТЕМЫ с внутренним состоянием
(Из книги Ян Мак-Дермотта и Джозеф О'Коннора «НЛП и здоровье. Использование НЛП для улучшения здоровья»)

Привязка к стереотипам поведения прошлого изменяют наше состояние, а состояния оказывают влияние на здоровье. В настоящее время начинаются медицинские исследования, ставящие своей целью понять, как именно это происходит. Существуют подтверждения тому факту, что «импринты» и якоря, привязывающие нас к прошлому опыту, могут непосредственно воздействовать на иммунную систему.

Первое открытие в этой области положило начало новому направлению в медицине – психонейроиммунологии (ПНИ), – изучающему то, как наши убеждения, поведение и окружение влияют на иммунную систему. В терминах НЛП эта область представляет собой взаимоотношения логических уровней и иммунной системы. Измерение силы иммунной системы является наиболее непосредственным способом, которым медицина может определить уровень нашего здоровья.

В середине 1970-х психолог Роберт Адер в Университете Рочестера исследовал влияние психосоциальных факторов – поведения, убеждений и взаимоотношений – на здоровье людей. Адер проводил простые эксперименты типа «стимул–реакция» с крысами, пытаясь установить обусловленную реакцию тошноты на подслащенную воду. Крысы выпивали воду, а затем им вводили сильное лекарство, вызывающее тошноту. Одной попытки было достаточно, чтобы получить эффект. Вкус сахара означал тошноту.

Уже одной только подслащенной воды без дополнительной инъекции было достаточно, чтобы вызвать реакцию. Эта вода превратилась во вкусовый якорь для тошноты. Эксперимент имел абсолютный успех. Однако возникли некоторые побочные эффекты: многие крысы погибли. Адер не мог этого понять: они были здоровы и за ними неплохо ухаживали на протяжении всего эксперимента.

Ответ заключался в том веществе, которое вызывало тошноту – циклофосфамиде. Это сильнодействующее лекарство не только приводит к рвоте, но и подавляет иммунную систему. И сахарная вода стала якорем не только для тошноты, но и для ослабления иммунной системы. Крысы научились ослаблять свою иммунную систему каждый раз, когда выпивали сахарную воду. Это делало их менее устойчивыми к действию инфекций, и они погибали в гораздо больших количествах, чем ожидалось.

Адер вместе со своим коллегой Николасом Когеном успешно проверили эту гипотезу в ряде экспериментов. Результаты были устойчивыми. Обученные крысы легче поддавались инфекционным заболеваниям, чем контрольные. Они также стали более устойчивыми к таким аутоиммунным заболеваниям, как артрит. В этом есть смысл – ослабленная иммунная система уже не может так сильно атаковать собственное тело. Адер ввел новый термин «психонейроиммунология» для исследований в области взаимодействия иммунной системы, нервной системы и психических состояний.

Смысл приведенных результатов удивителен. Они объясняют, каким образом негативные состояния превращаются в болезнь. Нам известно, что депрессия, одиночество, тревога и вражда могут нанести вред вашему здоровью. И якоря для этих состояний могут также закрепить ослабление реакций иммунной системы. Для крыс Адера наличие якоря (подслащенной воды) означало смерть, а отсутствие его в контрольной группе – жизнь.

Хорошие известия состоят в том, что этот механизм может работать в другую сторону: позитивные якоря могут укреплять иммунную систему. Как бы изменилась ваша жизнь, если бы вы могли слушать музыкальное произведение, смотреть на фотографию и не только чувствовать себя хорошо, но и знать, что вы укрепляете иммунную систему и тем самым делаете себя по-настоящему здоровым.

НЛП и лечение аллергии

В НЛП существует процедура работы с аллергией. Она более эффективна в том случае, если реакция возникает на конкретное, легко определяемое вещество.

Метод лечения аллергии, разработанный НЛП, разрушает якоря, действующие на иммунную систему, прерывая связь между стимулом (аллергеном) и реакцией (аллергической реакцией). Мы будем описывать эту процедуру так, как будто вы помогаете другому человеку.

Первый шаг заключается в том, чтобы установить раппорт. Вы признаете опыт другого человека. Ведь вам вместе придется изменять аллергическую реакцию.

Теперь начните создавать якорь на состояние комфорта и защищенности. Попросите партнера вспомнить приятную ситуацию, в которой он чувствовал себя совершенно расслабленным. Помогите ему найти состояние, не связанное с аллергической реакцией. Когда вы увидите по его лицу и дыханию, что он расслабился, легко прикоснитесь своей рукой к его руке в определенной точке. Это будет тактильным якорем на это состояние. Скажите партнеру, что каждый раз, когда он будет чувствовать прикосновение, оно будет напоминать ему расслабленное состояние и он сможет погружаться в него в любой момент на протяжении всей процедуры.

Отвлеките его внимание и прервите это состояние. Потом снова прикоснитесь в том же самом месте на руке и убедитесь, что он опять вернулся в то же приятное расслабленное состояние. Повторяйте этот процесс до тех пор, пока ваше прикосновение не начнет надежно переводить его в это расслабленное состояние. Теперь вы закрепили расслабленное состояние якорем – прикосновением к руке – и можете быть уверены, что если во время процедуры ваш партнер почувствует дискомфорт, вы сможете вернуть его в приятное нейтральное состояние. Это «спасательный круг» на случай непредвиденных обстоятельств.

На следующем шаге попросите партнера лишь слегка вспомнить аллергическую реакцию, чтобы вы смогли увидеть, как она выглядит. Спросите его, на что это похоже, когда он вступает в контакт с аллергеном. Обратите внимание на изменения его дыхания, цвета кожи и особенно влажности глаз. Это первые признаки аллергической реакции. В НЛП эта операция называется «калибровкой» реакции: вы проверяете аллергическое состояние, внимательно наблюдая за тем, как оно выглядит, чтобы позже легко его узнать. Если вы уже увидели реакцию, прервите это состояние. Расскажите анекдот, отвлеките внимание партнера и заставьте его подвигаться.

Следующий шаг – объяснить ошибку иммунной системы. Скажите своему партнеру, что сам аллерген не представляет никакой опасности, что его иммунная система наилучшим образом защищает его, но при этом реагирует на неподходящий стимул. Она может продолжать также защищать его, но не реагировать столь бурно именно на это вещество. Она научилась такой реакции и теперь может научиться другой, более подходящей. Говорите об аллергене как об «этом веществе», а не «аллергене». Назвав его по-новому, он начнет и думать о нем по-другому. Расскажите ему о медицинских исследованиях иммунной системы, о том, как замечательно она работает и как может учиться новым реакциям. Если сможете, приведите пример человека, который попрощался со своей аллергией.

Следующий шаг может потребовать некоторого времени. Какова вторичная выгода этой аллергии? У аллергии тоже есть своя выгода. Она может определять, что человеку есть, с кем дружить и куда ездить в выходные. Она может помогать ему избегать определенных ситуаций. Быть может, ею пользуются, чтобы управлять другими людьми или привлекать к себе внимание.

Бывает, что аллергия на сигаретный дым оказывается надежным способом заставить человека бросить курить, не прибегая к чрезмерной настойчивости. Человек, страдающий от аллергии, организует свою жизнь, руководствуясь распорядком получаемого медицинского лечения. Когда аллергия будет вылечена, ему придется вносить новый порядок в свою жизнь, принимать решения, изменить диету и обращать внимание на такие вещи, которые раньше оставались незамеченными. До тех пор, пока эти вопросы не будут решены, аллергия, скорее всего, будет продолжать свои действия.

Вы можете закончить, например, таким вопросом: «Если бы все эти вопросы (диета, ситуации и т.п.) разрешились удовлетворительно и ваша жизнь стала более наполненной, захотели бы вы распрощаться с аллергией?» Внимательно прислушайтесь к любому сомнению, прозвучавшему в его интонации, и продолжайте лишь в том случае, если ваш партнер ясно ответит: «Да».

Далее найдите какое-нибудь вещество, с помощью которого вы будете переучивать иммунную систему. Попросите партнера подумать о веществе, очень похожем на аллерген, но не вызывающем аллергическую реакцию. Например, у человека может быть аллергия на укусы пчел, но не муравьев, или на пыльцу трав, но не деревьев. Заставьте партнера полностью ассоциироваться с тем воспоминанием, когда он был в контакте с безобидным веществом. Следите внимательно за его дыханием, глазами и цветом кожи, чтобы сразу заметить любой признак аллергической реакции. Если такие признаки появились, выберите другое вещество.

Когда вы подберете подходящий пример и партнер полностью ассоциируется с воспоминанием о том, как он вступал в контакт с этим веществом, закрепите это состояние якорем, прикасаясь к определенному месту на его руке, отличному от «спасательного круга». Это и будет ресурсный якорь.

Теперь вы готовы начать учить его иммунную систему реагировать на бывший аллерген так же, как она реагирует на безобидное вещество. Аллерген является якорем для аллергической реакции, а вы замените его новым якорем для нейтральной реакции. Во время этой операции вы должны защитить своего партнера от аллергической реакции, поэтому попросите его диссоциироваться, наблюдая за самим собой через стеклянный или прозрачный пластиковый экран.

Попросите его сделать этот экран воздухонепроницаемым и достаточно толстым для того, чтобы он не пропускал аллерген. Используйте при этом ресурсный якорь, прикоснувшись к руке партнера, и попросите его увидеть самого себя по другую сторону экрана в такой ситуации, в которой ему может встретиться аллерген. Пусть он очень постепенно вводит аллерген в пространство по ту сторону экрана. Необходимо, чтобы он смотрел на самого себя, расположенного с другой стороны экрана и чувствующего себя совершенно спокойно в контакте с бывшим аллергеном. Продолжайте держать ресурсный якорь. Наблюдайте за партнером очень внимательно и остановитесь сразу же при первых признаках аллергической реакции.

Когда он сможет видеть себя, не проявляющего никаких аллергических реакций в присутствии аллергена, вы будете близки к завершению. Попросите партнера позволить экрану раствориться и исчезнуть. После этого пусть он перенесет изображение самого себя, спокойно относящегося к присутствию аллергена, из-за экрана возвратится в свое собственное тело и объединится с ним.

И последнее – проверка. Уберите ресурсный якорь и попросите партнера представить себе присутствие аллергена прямо сейчас; заметьте, появляются ли какие-нибудь признаки старой аллергической реакции. Обычно она пропадает совсем или значительно уменьшается.

После этого пусть он представит себе свой контакт с аллергеном в будущем. Это последняя проверка, и в НЛП она называется «присоединение к будущему». При этом человек мысленно проигрывает новую реакцию в воображаемой будущей ситуации. Внимательно следите за любыми проявлениями старой аллергической реакции.

Фактически вы предоставляете человеку возможность оказывать влияние на свою иммунную систему посредством мыслей, а вы своими словами

воздействуете на его мысли. В словах скрывается огромная сила, они придают форму нашему мышлению о здоровье.

Все, что позволяет улучшить качество расслабления в реакции капитуляции, будет оказывать терапевтический эффект при аллергии. Так, дыхательные упражнения с помощью тренажера Фролова позволяют, используя другой тип дыхания, получить высокий уровень релаксации. Поэтому среди первых эффектов этих упражнений отмечается снижение напряженности и нормализация сна. В последующем при регулярных занятиях исчезают напряженность и беспричинная тревога.

Кожные болезни

При всем многообразии рассматриваемых дерматологией болезней они сводятся к различным сочетаниям двух базовых ответов на чужеродный биологический (микробы, вирусы, простейшие), физический (повреждение, химическое воздействие, холодное) или психический (мысли и чувства) объект. Эти ответы – проявление неспецифического иммунитета (воспаление чрезмерное или недостаточное) или иммунитета специфического (недостаточный иммунный ответ или чрезмерный – аллергия).

Чаще всего наблюдается сочетание чрезмерного воспаления и разного рода аллергических реакций, хотя и сниженный ответ также вносит свой вклад.

Рассматриваемые кожные заболевания:

- 1) нейродермит, чаще с детства, в форме диатеза, страдают голова, лицо, сгибы суставов и ягодицы;
- 2) крапивница – кожные высыпания с сильным зудом и волдырями;
- 3) психогенный зуд – сильное ощущение раздражения, часто по всему телу, редко затрагивая голову.

Уже в матке обмен частично идет через кожу плода. На первом году жизни кожа является проводником эмоционального тепла, при недостатке которого человек всю жизнь будет искать объекты, которые он может к себе притянуть и к которым может прижаться.

Физиологические реакции кожи на холод и тепло, испуг и возбуждение – человек бледнеет или краснеет, пятна, мурашки – «гусиная кожа». Реагируя кожей, человек к одним раздражителям – «толстокожий», зато другой – «чувствует кожей».

В психологическом портрете:

1. Носсрат Пезешкиан: вследствие недостаточной открытости и тенденции угождать, подавляется агрессия, быстро развивается фрустрация и конфликты. В фантазиях – негативные представления и ожидания. Отмечается доминантность матери, эмоциональная лабильность больных, агрессивные тенденции, нерешенные сексуальные проблемы. Метафоры: «Он и не чешется», «Кожей чую», «В его шкуре», «Тонкая кожа», «Лезет из кожи вон», «Не может сменить кожу».

2. Спитц Р. (1975) отмечал взаимосвязь между недостаточным физиче-

ским контактом и нейродермитом в детском возрасте. Имеют значение страхи, напряжения, подавляемая агрессия и сексуальные стремления.

3. Александер считает, что при зуде в области заднего прохода и гениталий – подсознательное замещение зудом и расчесами мастурбации: мать – чаще отвергающая, отец – не уделял внимания. Возможна утрированная нежность со стороны одного из родителей. Большое значение в семье придавалось чистоплотности. Гнев, споры скрывали от детей, так как большое значение имело мнение посторонних – «что скажут люди?»

Характерной особенностью кожных больных является: «Способность кожей чувствовать напряжение» и «Способность кожей выражать свои чувства» – «говорить» кожей.

Нужно ответить на два вопроса:

1. Почему ареной конфликта в теле у данного пациента является кожа?
2. Почему часто эти кожные реакции неадекватно сильны – аллергические?

На первый вопрос можно ответить так: другими способами сбрасывать избыток энергии не позволялось, агрессию ребенка подавляли. Когда ребенка наказывают за плач, он должен проглотить слезы и задушить спазм – мало кто из родителей способен принять плач и гнев своего ребенка, так как это угрожает их власти и контролю. Поддается ребенок или бунтует, нить любви прерывается. Депрессивные люди часто сидят в позе «послушного ребенка». Чаще всего это следствие обиды на близких людей. Мы не гневаемся на людей, которые нам безразличны, мы просто уходим от них. Мы гневаемся на тех, кого любим, когда они нас травмируют, разрушая наше стремление получать удовольствие и радость от близости и любви. **Зависть родителя к независимости ребенка провоцирует у родителя взрыв гнева.**

Почему же подавленная агрессия «вырывается» через кожу?

В ответ на естественное стремление к телесному контакту – человек встречает отвержение, кожа становится местом высокой чувствительности. Очень может быть, что отвержение ощущалось ребенком еще во внутриутробном периоде, хотя более вероятным представляется недостаток телесного контакта в младенчестве. Кожа является органом, который специфически реагирует на ласковые прикосновения, давая сигнал для выработки гормонов удовольствия – эндорфинов, недостаток которых формирует скрытый конфликт. Ребенок пытается заслужить любовь другими средствами, в частности послушанием. С помощью кожи ребенок формирует телесный панцирь.

Согласно взглядам Лиз Бурбо, эти пациенты очень часто страдают от перенесенной в раннем детстве (а может, и внутриутробно) психотравмы отвержения. Из-за этой травмы ребенок «надевает» маску «беглец».

У «беглеца» часто развивается ПРОБЛЕМА КОЖИ – чтобы к нему не прикасались. Кожа – контактный орган, ее вид может привлекать или отталкивать другого человека. Заболевание кожи – это бессознательный способ оградить себя от прикосновений, особенно в тех местах, которые связаны с проблемой. Такие пациенты часто говорят: «Когда ко мне прикасаются, у меня такое впечатление, словно меня вытаскивают из моего кокона». Рана отвергнутого ноет и заставляет его в конце концов поверить, что если он уйдет в свой мир, то не будет больше страдать, поскольку сам не станет отвергать себя, а другие не смогут его отвергнуть. Поэтому он часто уклоняется от участия в групповой работе, тушует. Он прячется в свой кокон.

Чем больше «беглец» отвергает себя, тем сильнее его страх быть отвергнутым. Он постоянно унижает и недооценивает себя. Он часто сравнивает себя с теми, кто в чем-либо сильнее его, и таким образом развивает в себе веру в собственную второсортность. Он не замечает того, что в некоторых сферах может превосходить других людей. Он никак не поверит, что кто-то хотел бы подружиться с ними, что кто-то видит в нем супруга, что его могут полюбить по-настоящему.

Еще одним отличительным свойством «беглеца» является стремление к совершенству во всем, что бы он ни делал: он считает, что если допустить ошибку, то его осудят, а быть осужденным для него то же самое, что быть отвергнутым. Поскольку он не верит в собственное совершенство, то пытается компенсировать это совершенством того, что делает. Он, к несчастью, путает «быть» и «делать». Поиск совершенства может у него доходить до одержимости. Он так страстно желает все *делать* безупречно, что любая работа отнимает у него неоправданно много времени. И в конечном счете именно из-за этого его отвергают.

Возникает два вопроса: 1) в какой из реакций преодоления препятствий осуществляется сброс напряжения; 2) почему этот сброс реализуется в коже.

Перед человеком – препятствие на пути удовлетворения его потребности в любви. Не получая удовлетворения от применяемых им способов преодоления этого препятствия, человек сбрасывает напряжение (эмоции отрицания и недовольства, возникшие в фазе **накопления**). Местом сброса является следующая фаза – **смирения** (принятия). Не принимается настоящий опыт, так как он сравнивается с прошлым и результат сравнения не утешительный.

Дальше (к **капитуляции–расслаблению**) реакция не идет, не формируется иммунная толерантность, а наоборот, наблюдается резкое повышение иммунного ответа. Нарастает **концентрация** антител к безвредным белко-

вым молекулам. Подавленный гнев находит выход в концентрации этих анти-тел. Дальше реализация идет в виде проявлений экссудации (волдыри) и пролиферации (угри, сыпь, чешуйки при псориазе). Человек как бы молча, но очень демонстративно кричит своим телом: «Посмотрите, что со мной происходит! Вот до чего вы меня довели своим обращением!» Человек может «аллергическим способом», кожей реагировать на конкретного человека и ситуации, не принимая их.

Итак, сброс идет в реакции **экспансии**, однако не на **преодоление истинного** препятствия, а на «фантом» вслед за высокой **концентрацией** анти-тел.

Ответ на второй вопрос: **энергия на преодоление препятствия** не идет, **накопление** (в том числе, негативных эмоций) продолжается, а частичный сброс осуществляется только в виде **демонстративных реакций** на коже (рис. 17). Энергия мечется в треугольнике – **накопление** (негатива), **демонстрация** (**концентрация** обид и анти-тел) и реализация этого демонстративного ответа в виде кожных проявлений (**демонстрация и экспансия**), в реакции **смирения** отсутствует **принятие**, а в реакции **капитуляции** – **расслабление**.

Рекомендации:

1. Осознание истинных целей как в деятельности, так и в личных отношениях.
2. Установка на открытость (преодоление препятствий в общении).
3. Полноценный отдых (хороший сон, медитация, постизометрическая релаксация) – для того, чтобы пошла реакция расслабления в фазе **капитуляции**. Можно предположить, что эффект антигистаминных препаратов связан с их воздействием на преодоление блока между **смирением** и **капитуляцией**. Наряду с этими препаратами показаны успокаивающие травы.
4. В фазе **смирения** задача – научить прощать себя и других.
5. Отреагировать гнев (телесно-ориентированные методики).

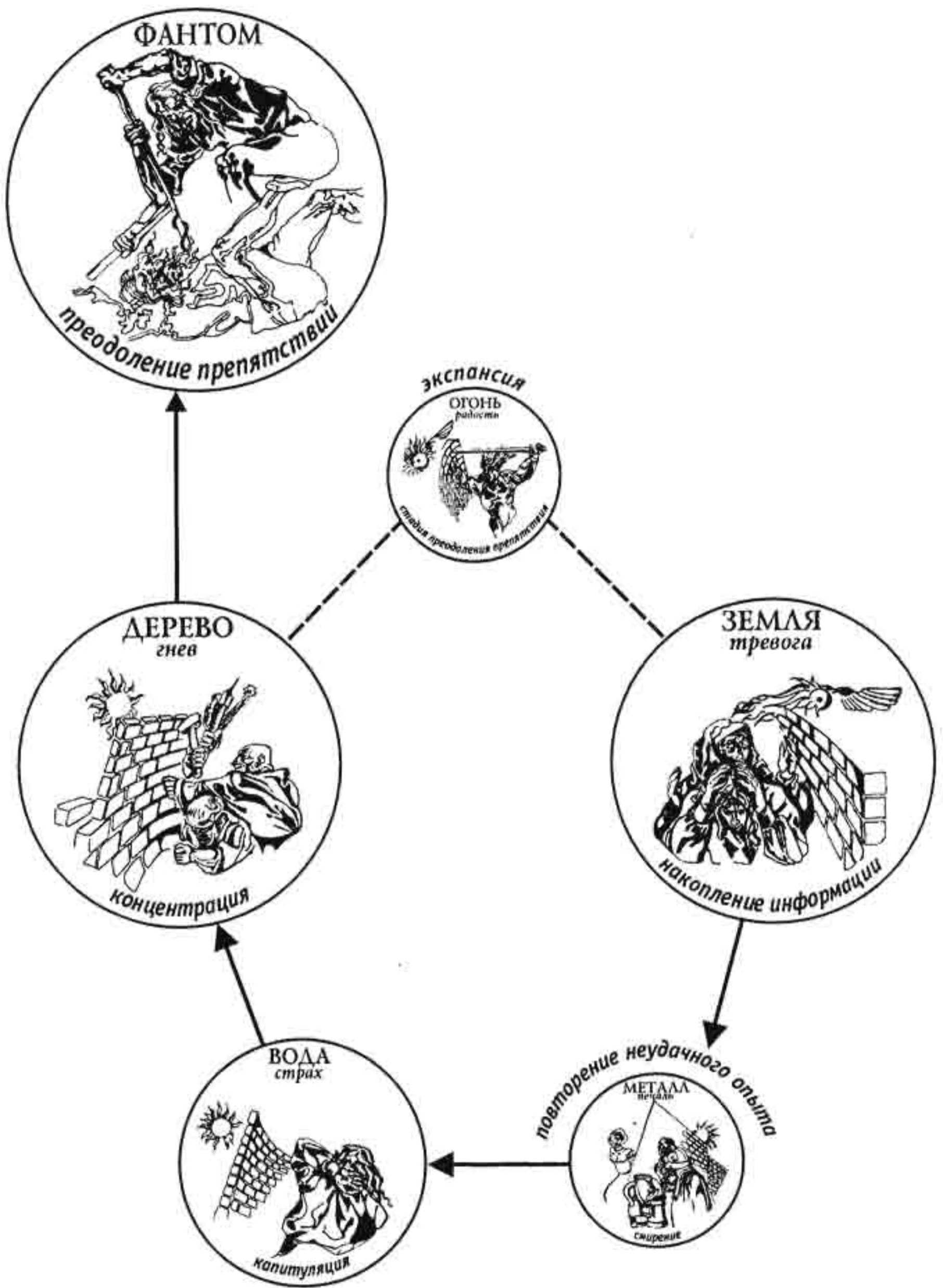


Рис.17. Кожные болезни

Притча для стадии принятия

Туннель

Дзенкай, сын самурая, отправился в Эдо и здесь стал приближенным высокопоставленного чиновника. Он влюбился в жену чиновника и был открыт. Защищаясь, он убил чиновника, и после этого сбежал с его женой. Позже они оба стали воришками. Но женщина оказалась такой жадной, что Дзенкай проникся омерзением к ней. Наконец, оставив ее, он отправился далеко, в провинцию Будзен, где стал бродягой-нищим.

Чтобы искупить вину за свое прошлое, Дзенкай решил совершить какое-нибудь доброе дело. Он узнал, что существует опасная дорога через пропасть, грозящая смертью или увечьем многим людям, и решил прорыть через горы туннель.

Выпрашивая днем пищу, Дзенкай по ночам рыл туннель. Когда прошло 30 лет, туннель был длиной 280 футов, 20 футов высотой и 30 футов шириной.

За два года до окончания работы сын убитого чиновника разыскал Дзенкаю и пришел убить его, чтобы совершить месть.

«Я охотно отдам тебе свою жизнь, – сказал Дзенкай. – Позволь мне только закончить эту работу. В день, когда она будет закончена, ты можешь убить меня».

Сын прождал день, два. Но прошло несколько месяцев, а Дзенкай продолжал копать.

Сын устал от безделья и стал помогать ему копать. После того, как он помогал ему больше года, он стал восхищаться волей и характером Дзенкаю.

Наконец туннель был готов, и люди могли пользоваться им и путешествовать безопасно.

«Теперь руби мне голову, – сказал Дзенкай. – Моя работа окончена».

«Как же я могу отрубить голову моему учителю?» – спросил юноша со слезами на глазах.

Для того чтобы нормализовать весь ход реакций, можно использовать «Чередование элементов пентаграммы У Син» в недирективном трансе, приведенное в разделе «Алиментарное ожирение».

«Теория мышечного сокращения» и «Остеохондроз»

До настоящего времени, по общепринятому мнению, дискогенные остеохондрозы позвоночника являются артрозами (дистрофическими заболеваниями) его суставов. Есть другое заболевание – спондилоз, которое характеризуется изменениями в телах значительного числа позвонков, их краевыми костными сращениями. Болей при нем чаще не бывает. При остеохондрозе поражено всего 2-3 позвонка, а боли намного сильнее и подвижность позвоночника резко нарушается. Это – разные заболевания, и костные разращения характерны как раз для спондилоза.

Дискогенная теория остеохондроза не может объяснить, почему позвоночник выпячивается назад, а не вперед, ведь условия созданы именно для этого – при поясничном лордозе позвонки веером раскрыты именно вперед (М.Я.Жолондз).

Справка: Жолондз Марк Яковлевич (род. 1927) – современный российский ученый, плодотворно работающий в различных областях медицины, получивший блестящее техническое образование «частный специалист по исследованию особо важных проблем». В своих работах «Остеохондроз», «Астма», «Тиреотоксикоз», «Алиментарное ожирение» и других он, используя достижения фундаментальных наук, в частности физиологии, находит общепринятые ошибки во взглядах на причины, течение и лечение ряда заболеваний. Он же предлагает свои, нетривиальные взгляды на эти проблемы.

По наблюдениям М.Я.Жолондза, следы уколов после акупунктуры по поводу остеохондроза (в случае положительного эффекта) дрейфуют вверх от неподвижного крестца, причем только в области тех двух-трех позвонков, между которыми пространство было сужено. Получается, что в этом случае диск раздвигает всю мышечную массу сдавливавших мышцу тканей, успешно решая задачу, с которой он раньше справиться не мог. Значит, дело не в диске, а в какой-то «защелке», которая держит диск в «зажатом» состоянии и которую игла Марка Жолондза или точечный удар Николая Касьяна (известного специалиста по мануальной терапии) «сбрасывает».

Один-два межпозвоночных диска могут чрезмерно сжать – «защелкнуть» – только короткие мышцы спины (глубокие боковые и медиальные

межпоперечные мышцы поясницы и межкостистые мышцы). В шейном и грудном отделах добавляются мышцы вращатели и многораздельные мышцы.

Это не контрактура, а блок – «рефлекторный спазм» – затянувшаяся иногда на месяцы и годы тоническая судорога с последующими морфологическими изменениями в тканях.

По мнению М.Я.Жолондза, причины – перенапряжение этих мышц при боковых наклонных и вращательных движениях туловища, а также местное переохлаждение. В согнутом положении туловища эти мышцы вынужденно растягиваются, а следовательно, и предварительно напрягаются, а затем при боковом наклоне или вращении наступает их перегрузка.

Мы полагаем, что сокращение мышц не прекращается в том случае, когда нет команды на расслабление или нет энергии для этой цели. Невозможно отделить актин от миозина. Эта энергия поставляется в ходе реакции капитуляции (расслабления). По всей видимости, чтобы эта энергия была накоплена и эффективно использована, нужны дополнительные факторы, отличные от тех, которые запускают энергию сокращения. В дальнейших рассуждениях мы предложим анализ этих факторов и, главное, определим последовательность их действия.

Этапы мышечного сокращения. Гипертонус. Судороги. Спазмы

Целью любого сокращения (по П.Шильдеру) является захват – приобретение какого-либо «ценного» объекта в окружающей среде. У новорожденного целенаправленно функционирует только один орган захвата – рот, которым он рефлекторно (безусловный сосательный рефлекс) ловит сосок. Кстати, исследования показали, что плод уже на внутриутробной стадии развития тренирует этот навык и сосет собственный палец. При неудачных захватах он вновь и вновь сокращает круговые мышцы рта, пока не добьется успеха. И тогда вступает в действие другой вид (этап) мышечного сокращения – «удержание» – постоянное сокращение, наряду с ритмическими сосательными движениями. Цель этого постоянного сокращения – удержать добытое (младенец – сосок, ребенок чуть старше – игрушку или палец, затем – пищу, сексуального партнера и т.д.).

В норме эти два этапа сокращения сменяют друг друга по мере необходимости. Для приобретения добычи – это ритмические сокращения (бег, ходьба и множество других видов ритмической поведенческой деятельности), а для удержания – тонические сокращения.

Если вместо тонического сокращения идут только ритмические – это судороги (клонические), если вместо ритмических сокращений идут только тонические – это спазм, гипертонус (тоническая судорога). В обоих случа-

ях – это произвольные и неадекватные требованиям ситуации сокращения произвольной мускулатуры.

Ритмические (или клонические) судороги долго не продолжаются. Они прекращаются или вследствие того, что израсходованы все запасы энергии (мы предполагаем, что это вариант редкий, так как даже истощенный умирающий организм находит в себе резервы для агональных судорог – мышечных сокращений). Скорее всего, они прекращаются по команде высших центров управления. Есть работы, которые свидетельствуют о наличии у животных центра, вызывающего клонические судороги, и центра, их прекращающего. Можно полагать, что судорожные сокращения – это защитный механизм для разрядки излишнего напряжения как мотонейронов, так и самих мышечных клеток.

В отличие от ритмических, тонические судороги могут продолжаться в отдельных группах мышц годами. Это возможно только в том случае, если энергия для постоянного сокращения будет непрерывно поступать, а условий для прекращения сокращения, т.е. для расслабления, не будет.

Рассмотрим механизм мышечного сокращения. В его основе лежит образование акто-миозинового комплекса, состоящего из двух белков: актина и миозина. Этот комплекс имеет меньшую длину, чем две белковые нити, составляющие его. Эта реакция синтеза более короткого белка из двух более длинных и есть суть сокращения. Для синтеза необходима энергия, основным источником которой является глюкоза, которая после ряда превращений образует АТФ – основной (но не единственный) поставщик энергии в организме.

Для того чтобы акто-миозиновый комплекс остался в неизменном состоянии, не распался на актин и миозин, не наступило расслабление, нужно выполнить два условия: 1) белок должен непрерывно обновляться, для чего должны поступать составляющие его аминокислоты и энергия для обменных процессов; 2) не должны возникнуть условия, при которых комплекс может разделиться на составные части.

В деталях акт сокращения выглядит следующим образом (рис. 18.). В каждой мышечной клетке находятся ее сократительные элементы – миофибриллы. Они состоят из двух параллельно расположенных нитей белка: более тонкие и светлые нити актина и более толстые и темные – миозина. Сегмент мышцы, в котором миофибрилла расположена и который она сокращает, называется саркомер.

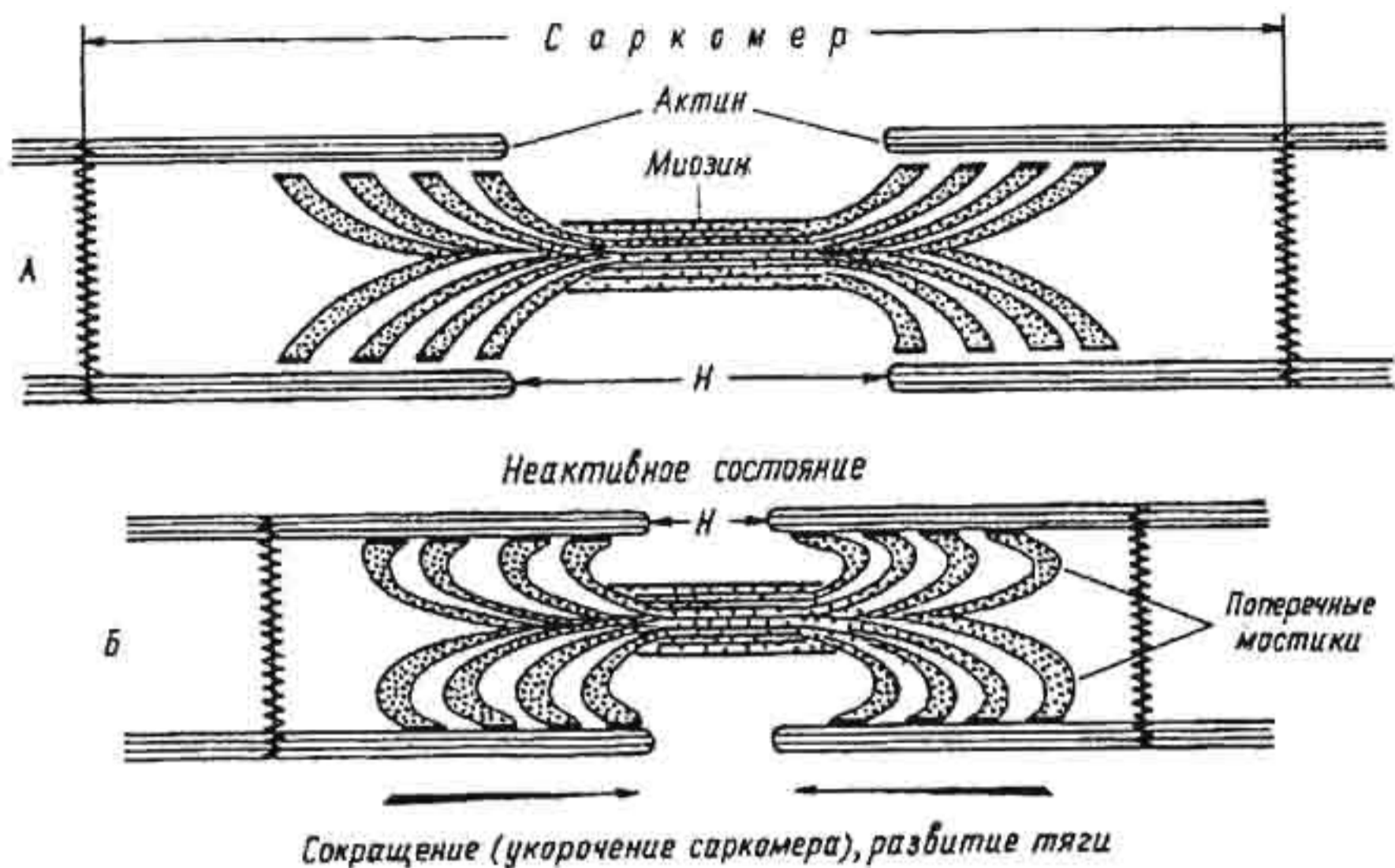


Рис. 18. Сокращение мышцы:

А – поперечные мостики между актином и миозином разомкнуты. Мышца находится в расслабленном состоянии;

Б – замыкание поперечных мостиков между актином и миозином. Гребковые движения, которые совершают головки мостиков по направлению к центру саркомера. Скольжение актиновых нитей вдоль миозиновых, укорочение саркомера, развитие тяги

Актин прикреплен к стенкам саркомера и разделен свободным пространством, а миозин свободно расположен в виде поперечного мостика между двумя нитями актина. В расслабленном состоянии между миозином и актином связи нет. На поверхностях миозина, обращенных в сторону актина, имеются выступы – головки, которыми миозин при сокращении будет прикрепляться к актину. В расслабленном состоянии этому прикреплению мешает пластинка специального белка. В результате импульса из мотонейрона находящийся в специальных цистернах кальций выходит в пространство между фибриллами, соединяется с разделяющим белком и изменяет форму этого белка таким образом, что он сокращается и входит в желобок мостика миозина. Препятствие исчезает, и миозин присоединяется к актину.

Однако это не просто присоединение – головки миозина, получая энергию расщепления АТФ, совершают гребковое движение к центру саркомера, тем самым стягивая половинки актина и уменьшая свободное пространство

между ними. Происходит незначительное сокращение саркомера (на 1% его длины). Чтобы это сокращение стало максимальным, нужно примерно 50 таких сокращений. Напряжение, развиваемое мышцей, зависит от числа одновременно замкнутых головок, а скорость – от частоты их замыкания. Чем выше частота, тем меньше одновременно замкнутых головок, следовательно, меньше напряжение – сила.

Теперь о том, как происходит обратный процесс – расслабление. Импульсы прекращаются. Включается кальциевый насос, который действует против градиента концентрации и возвращает кальций в цистерны. При этом разделяющему актин и миозин белку возвращается прежняя форма и связь между ними прерывается – мышца приобретает прежнюю длину. Для работы кальциевого насоса требуется энергия, которую поставляет АТФ, одна молекула которого возвращает два иона кальция. Следовательно, реакция расслабления – это в высшей степени активный, требующих энергоинформационных затрат процесс, который ранее мы рассматривали как процесс пассивный.

Реакция экспансии-захвата осуществляется при ритмических «гребковых» движениях головок миозина (динамическая), а реакция накопления-удержания требует постоянного прикрепления их к актину (статическая). По всей вероятности, все головки длительное время не могут быть прикреплены (белковые нити под действием напряжения будут разрушаться). Следовательно, часть из них будут отсоединяться, получать новую порцию АТФ, производить «ремонт на ходу» и присоединяться снова. Этот процесс обеспечивается в ходе постоянно действующей в это время реакции **накопления**, при которой высокая активность парасимпатической системы поддерживает энергетическую и пластическую (в общем, трофическую) составляющие тонического сокращения.

Мы предполагаем, что универсальной эмоцией, включающей реакцию накопления, является **тревога**, в данном случае тревога мышечной клетки, задачей которой на данном этапе является удержание.

Когда необходимость в удержании исчезает, должно наступить расслабление – нельзя что-либо укунить со стиснутым ртом или ухватить рукой, стиснутой в кулак. Для расслабления в ходе следующей реакции, которую мы назвали реакцией **смирения–принятия**, начинают активно выводиться продукты распада, одним из конечных продуктов которого является углекислый газ, и здесь же сразу запасается кислород, который будет необходим для последующего сокращения.

Кстати для поставки питательных веществ и выделения продуктов их распада существуют разные системы – пищеварительная и выделительная, а

для поставки кислорода и выделения углекислого газа – только одна – легкие. Выбор в пользу такого решения эволюция приняла в связи с тем, что мы живем в кислородной среде. На Земле существует углеродная жизнь в кислородной среде. И если для добычи углерода (пищи) требуются значительные поведенческие усилия, то для получения кислорода нужно лишь дышать. Однако только добыть кислород – этого мало. Как мы видели выше, расслабление – процесс активный, требующий энергетических затрат. И при сокращении и при расслаблении энергию поставляет все та же АТФ.

Возникает вопрос, почему в одних случаях эта энергия идет на работу головок миозина, а в других – кальциевых насосов? Ответ очевиден: различные управляющие системы подают разные команды. Мы считаем, что команду на расслабление подают метасимпатическая система во взаимодействии с парасимпатической. Это команда, на самом деле являющаяся процессом, осуществляется в ходе реакции принятия (смирения), и в механизме ее осуществления играет роль концентрация АТФ, которая и является гормоном метасимпатической системы.

В мышечном волокне под влиянием избытка ионов водорода, о чем сигнализирует метасигнальная система, должна включаться активная реакция его восстановления, на что также требуется энергия и специальная команда. После того как восстановление полностью закончено, наступает расслабление – реакция распада акто-миозинового комплекса. Это происходит в ходе реакции, которую мы назвали «реакция **капитуляции**», хотя в данном случае ей бы больше подошло название – «реакция **расслабления**». Как мы убедились, это реакция активная, требующая и энергии, и управления (информации).

Команду на подготовку к сокращению дает симпатическая система в сочетании с метасимпатической: при мысли о предстоящем движении произвольно расширяются мышечные сосуды, перераспределяется кровоток и мобилизуются энергетические резервы.

Теперь для последующего сокращения у нас есть все: полученные в ходе реакции **накопления** питательные вещества, в ходе реакции **смирения** – кислород, и в ходе реакции **капитуляции** – расслаблена мышца – т.е. «взведена, растянута пружина». Однако сокращение не произойдет, пока не будут созданы условия для проникновения кислорода в мышечную клетку. Активирует реакцию утилизации кислорода гормон щитовидной железы – тироксин. Это происходит в ходе реакции **концентрации**. При недостатке гормонов щитовидной железы – гипотиреозе – способность к сокращениям снижается, при избытке – гипертиреозе – становится чрезмерной и происходят

непроизвольные ритмические мышечные сокращения. Это типичные симптомы тиреотоксикоза: тремор пальцев рук и языка.

Для того чтобы наступил сам момент сокращения, который происходит в ходе реакции **экспансии**, теперь нужна только команда. Эту команду на произвольную мышечную мускулатуру подает мотонейрон, а на гладкие мышцы:

1) артерий внутренних органов, кожи, мозга и половых органов, сфинктеров кишечника и мочевого пузыря – симпатическая система с помощью норадреналина;

2) артерий коронарных сосудов, легких, желудка, кишечника и мочевого пузыря – парасимпатическая система.

Нетрудно заметить, что симпатическая система таким образом уменьшает энергетический расход органов, не участвующих в реакциях борьбы и бегства, а парасимпатическая – снижает активность органов, мало участвующих в поставке и усвоении энергии, и увеличивает активность систем, участвующих в поставке энергии. Следует отметить, что в данном случае имеется исключение – мочевой пузырь, однако, с точки зрения китайской медицины, мочевой пузырь – орган, поставляющий энергию.

Здесь мы позволим себе высказать гипотезу: на всех уровнях живого (клетка, мышца, орган, организм) существуют простейшие эмоции. Об этом говорил И.П.Павлов, когда применял такое выражение, как «мышечная радость». Простейшая эмоция – это «хорошо или плохо», есть препятствия обычному ходу процессов адекватного сокращения и расслабления или нет. Более сложные эмоции, которые, по нашему мнению, присущи всем уровням, – это **тревога, печаль, страх, гнев и радость**.

Что такое «мышца в состоянии тревоги»? Заканчиваются запасы, необходимо включать механизмы для их возобновления. Но не только это, по аналогии с целостным организмом, тревога – это еще и необходимость удержать объект при себе, не отпустить, пока в нем есть необходимость. Поэтому «мышца в состоянии тревоги» – это мышца в состоянии гипертонуса, «тревожная мышца», мышца, которая не может расслабиться.

Как снять «тревогу мышцы»?

Это можно сделать на верхних уровнях управления, запустив нормальный механизм чередования реакций с помощью рациональной терапии или в недирективном трансе при работе с неосознанным. Более эффективным будет сочетание центрального и местного воздействий, например удаление продуктов распада механически, с помощью массажа.

Кроме того, необходимо создать условия для перехода от стадии **накопления** к стадии **смирения**, от **тревоги** – к **принятию**. Если более низкий уровень функционирования предполагает на стадии **смирения** такую эмо-

цию, как **печаль**, то более высокий уровень – **принятие**. Печаль – это сожаление о чем-то утраченном, эта эмоция – следствие потребности в повторении (Пауль Шильдер). Повторение – это проявление потребности в создании стереотипов, тех типичных вариантов принятия решений, с помощью которых мозг «преодолевают проклятие своей сложности».

Более высокий уровень функционирования любой системы предполагает **принятие** – использование опыта прошлого как информации для обратной связи при принятии решения, а не в качестве руководства к действию. На языке человеческих отношений это достигается **прощением**, прощением себя и других, пониманием того, что к прошлому возврата нет.

С точки зрения телесного подхода, использующего механизм непосредственного воздействия на «тревожную мышцу», эффективными являются упражнения, цель которых – достижение пост изометрической релаксации (расслабления). Для того чтобы объяснить ее механизм, прибегнем к аналогии. Чтобы пружина сжалась, ее нужно предварительно растянуть (мышца должна увеличить длину – расслабиться), а чтобы растянулась – сжать. Чтобы сжатая пружина не сработала раньше времени, ее фиксируют защелкой. Такой «защелкой» для сократившейся мышцы является нервно-мышечный блок – спазм, гипертонус. Чтобы фиксирующую «защелку» снять, пружину нужно еще больше сжать. В данном случае мышца этого сделать не может – перенапряжена, сильнее ей не сократиться. Тогда это можно сделать с помощью другого человека, согнуть его усилиями рычаг, к плечу которого прикреплена сократившаяся мышца, еще больше. Это можно также проделать другой, дублирующей сократившуюся, мышцей или группой мышц. В этом случае, сняв перенапряжение, мы выводим мышцу из состояния **тревоги** и запускаем нормальный механизм чередования реакций – наступает постизометрическая релаксация.

То же можно проделать, запустив реакцию «страха мышцы» – **капитуляции**, уколов мышцу иглой (например, игла используется пловцами при судорогах или же в акупунктуре). Н.Касьян это делает «точечными» направленными ударами и, вызывая «испуг» мышцы, сбрасывает «защелку». Можно считать, что как игла, так и удар активизируют «архаическую» метасимпатическую систему, направляя энергию на возврат кальция в цистерны.

Что касается акупунктуры в точки соответствующих меридианов, то это – метод, позволяющий направить ход реакций, их правильное (оптимальное) чередование.

Теперь от рассмотрения гипертонуса перейдем к остеохондрозу. Согласно мнению М.Жолондза, остеохондроз – это «нервно-мышечный блок», «защелка позвонков» перенапряженными («тревожными», по нашей терми-

нологии) глубокими мышцами спины: боковыми сгибателями и вращателями позвоночника. При наклоне происходит предварительное их растяжение, что ослабляет их возможности к сокращению (аналогия: «пружина, частично фиксированная в растянутом состоянии»). После этого при боковом сгибании или вращении позвоночника, особенно с грузом в руках, возникает большая опасность падения. Поступает команда на удержание, «тревожная» (перенапряженная) мышца фиксируется на «защелку». Возникает острая боль из-за ущемления нервных корешков.

При лечении исходя из изложенной выше концепции необходимо сочетать центральное воздействие (рациональная и трансовая психотерапия) с мягкими нетравматичными упражнениями (по Моше Фильденкрайсу), направленными на увеличение боковых наклонов и вращений в больную сторону. Не исключена и шоковая терапия «испугом» перенапряженной мышцы с помощью иглоукалывания или мануальной (по Н.Касьяну) терапии.

Объединение усилий мануальных терапевтов, специалистов по акупунктуре и психотерапевтов, которые будут действовать исходя из одной концепции, позволит значительно повысить эффективность лечения этого широко распространенного заболевания. Доказательством этого положения является работа Хамида Пезешкиана, в которой он показал, что совместное воздействие травматолога и психотерапевта у больных с пролапсом межпозвоночного диска резко повышает эффективность лечения, по сравнению с контрольной группой аналогичных больных, которых лечил только травматолог.

У автора имеется несколько собственных наблюдений, которые показывают, что в ряде случаев блок удается снять одним только психотерапевтическим воздействием. Нужно отметить, что все эти случаи – острые, т.е. гипертонус мышц наступил сравнительно недавно. В одном случае, расслабления удалось добиться с помощью «заселения» тела метафорами. Пациентке с помощью «чистого языка» (под этим термином понимается язык, который не дает никаких директив) было предложено каким-то образом метафорически назвать свою боль. После долгих раздумий она сказала, что это – чужой (инородный) засохший корешок, который торчит у нее слева, возле позвоночника. Описывая этот корешок подробнее, она сообщила, что от него отходят более мелкие, но тоже сухие корешки. На вопрос, что же эти корешки окружает, она ответила, что это – земля, а сухие они потому, что земля высохла. Тогда ей предложили метафорически сделать так, чтобы эти корешки ожили. Она сказала, что для этого нужен теплый дождь. Представив, как ласковый, теплый летний дождь поливает ее поясницу, через несколько минут она с удивлением отметила, что боль в пояснице прошла.

В другом случае острый нервно-мышечный блок удалось снять с помощью расслабления, которое наступило вследствие качественно выполненной медитации расслабления (наблюдения за образами, которые появляются перед закрытыми глазами) и последующим чередованием в трансе образов, соответствующих правильному чередованию фаз реакций на препятствие.

Импотенция и другие сексуальные расстройства

Целью полового акта является продолжение рода. Удовольствие, получаемое при этом, только механизм, мотивирующий человека, не позволяющий прерваться человеческому роду. Кульминацией акта является оргазм, совпадающий по времени с семяизвержением у мужчин. Сам по себе оргазм – это быстрое освобождение накопленной энергии как в психологическом, так и физиологическом плане.

К пятому месяцу формирования плода независимо от генетического пола ребенка начинается формирование гормонального фона, который впоследствии будет определять тип половой активности: мужской или женский. В семенниках мальчика начинает вырабатываться собственный тестостерон (сперматогенез начнется только в пубертатном возрасте). При рождении у нормального мальчика такой же уровень тестостерона, как и в 20 лет. Если этот процесс нарушается, яички не созревают, проникает больше материнских гормонов, начинается нециклическое образование гонадотропинов и формируется врожденная гомосексуальность.

У девочек есть полный запас яйцеклеток (500-600), но гормоны яичниками не вырабатываются, гормональный фон создается гормонами матери, проникающими через плацентарный барьер. При повышении проницаемости (воспаление, лекарства, анаболики, курение) проникает и тестостерон, что нарушает формирование женского типа сексуальности в сторону преобладания мужского. Это же происходит при стрессе, когда выделившиеся глюкокортикоиды усиливают проницаемость барьеров.

Если рассматривать нормальный вариант, то весь процесс полноценного полового акта (т.е. достигнувшего своей основной цели – продолжения рода и целей промежуточных – эякуляции и оргазма) выглядит в свете теории чередования реакций следующим образом:

1. Реакция **накопления** у мужчин в физиологическом плане – это выработка спермы, а в психологическом – половое влечение. И физиологическая, и психологическая стороны реакции накопления регулируются уровнем мужского полового гормона – тестостерона. Интересно отметить, что и у мужчин, и у женщин именно уровень тестостерона влияет на половое влечение,

только во второй половине менструального цикла у женщин добавляется влияние повышенного уровня прогестерона.

2. Реакция **смирения (принятия)** связана с каким-то промежуточным состоянием гормональной регуляции, когда общий фон влечения реализуется конкретной тягой к определенному объекту. У животных – это принятие сигналов феромонов – веществ, вызывающих половое влечение к конкретному объекту. Возможно, этот же механизм актуален и для человека, только сложность его многократно увеличивается психологически и социально обусловленными препятствиями. Биологический смысл этого явления заключается в том, что из блока памяти извлекается запах матери и (вот оно – биологическое воплощение мифа об Эдипе) выбирается тот объект, запах которого максимально отличается от материнского. Этот механизм препятствует близкородственному скрещиванию и вырождению. Понятно, что у человека на этот механизм наслаивается и его подавляет стремление к физическому облику идеала (сформированному средой – общественным мнением) и его поведенческим качествам (моделям поведения родителя противоположного пола).

На этой же стадии в блоке памяти всплывают события, которые характеризуются как неудачные (разочарование первого опыта, когда ожидания были чрезмерными, или реакция более опытной и не очень тактичной партнерши, упрекавшей мужчину в несостоятельности). Впоследствии этот опыт может стать причиной вытеснения влечения или его сублимацией.

3. Реакция **капитуляции – это реакция расслабления**, которая является необходимым условием эрекции у мужчин и кровенаполнения половых органов у женщин. Дело в том, что для полноценной эрекции необходимо активное расширение сосудов пениса (пещеристых тел), которое осуществляется под влиянием пояснично-крестцового парасимпатического отдела нервной системы. Кстати, сосуды половых органов – единственные, имеющие двойную регуляцию, в остальных – регуляция только симпатическая. Сосуды других органов используют механизм сужения для перераспределения кровотока, а их расслабление (расширение) достигается снижением тонуса симпатической системы. Важнейший из поведенческих актов – половой акт – требует такого притока энергии, что этого механизма мало, необходим чрезвычайно активный процесс расширения (расслабления). В психологическом смысле возникает противоречие: для реакции капитуляции характерен страх, а нам известно, что как раз страх и делает невозможным расслабление – эрекцию. Это заставляет нас принять гипотезу о том, что для обеспечения полноценного полового акта эмоции, характерные для обычной последовательности реакций на препятствие, сменяются другими. В данном случае

для реакции расслабления характерна эмоция – **вера** (здесь – понятие, противоположное разуму сознания, «неум»). Под этим словом понимается неосознанная агрессивная (расширительная) часть созидательной программы, которую Фрейд назвал либидо. Регулирует эту часть реакции уровень ацетилхолина и механизм, связанный с обменом окиси азота, что подтверждает эффект виагры. Любые центральные влияния (неоко́ра) вызывают депрессию парасимпатической системы, что сказывается на качестве эрекции. **Никаких мыслей, только эмоции!** В этой же фазе не обойтись без АТФ как гормона метасимпатической системы и адреналина как гормона, запирающего сфинктеры пещеристых тел.

4. Реакция **концентрации** требует мобилизации семяизвергающего аппарата семенников и предстательной железы, мобилизации синхронной и своевременной, т.е. в пределах влагалища, а не ранее, что наблюдается при преждевременной эякуляции. Это достигается путем раздражения рецепторов пениса во время фрикций и требует некоторой задержки реакции, чтобы случайные раздражения рецепторов не привели к потере драгоценной спермы. Этот процесс регулируется возрастающей концентрацией норадреналина и дофамина, а подавляет его – серотонин, который в избыточном количестве выделяется при отрицательных эмоциях.

5. Как уже говорилось, кульминацией акта является реакция **экспансии** – эякуляция, по сути своей агрессивная, чем и определяется агрессивность всего полового акта. Регулируется этот процесс дигидротестостероном, высокий уровень которого задерживает эякуляцию. Кстати, он – производное от тестостерона. Второй гормон – гормон любви – окситоцин вызывает сокращение спермоизвергающих мышц простаты и семенников. Окончательным аккордом является выделение эндорфинов в количестве, вызывающем оргазм – экстаз (награда).

Таким образом, из приведенной схемы видно, что сексуальные расстройства возможны на любом этапе чередования реакций. Определение реакции, на которой произошел сбой, или блока в чередовании реакций позволяет дифференцировано подойти к медикаментозному и психотерапевтическому лечению данной группы расстройств (рис. 19).

В ходе реакции **накопления**, по всей видимости, тревога влияет на уровень тестостерона, что ослабляет половое влечение. Этот вид импотенции требует целенаправленной работы с тревогой, целью которой является перестройка эмоции **тревога** в эмоцию – **спокойствие**. Для этого техникой выбора является недирективный транс, а поведенческим способом для его подкрепления – поведение партнера. Очень хорошо обучить автотрансу мужчину и трансовому воздействию женщину. При этом типе расстройства

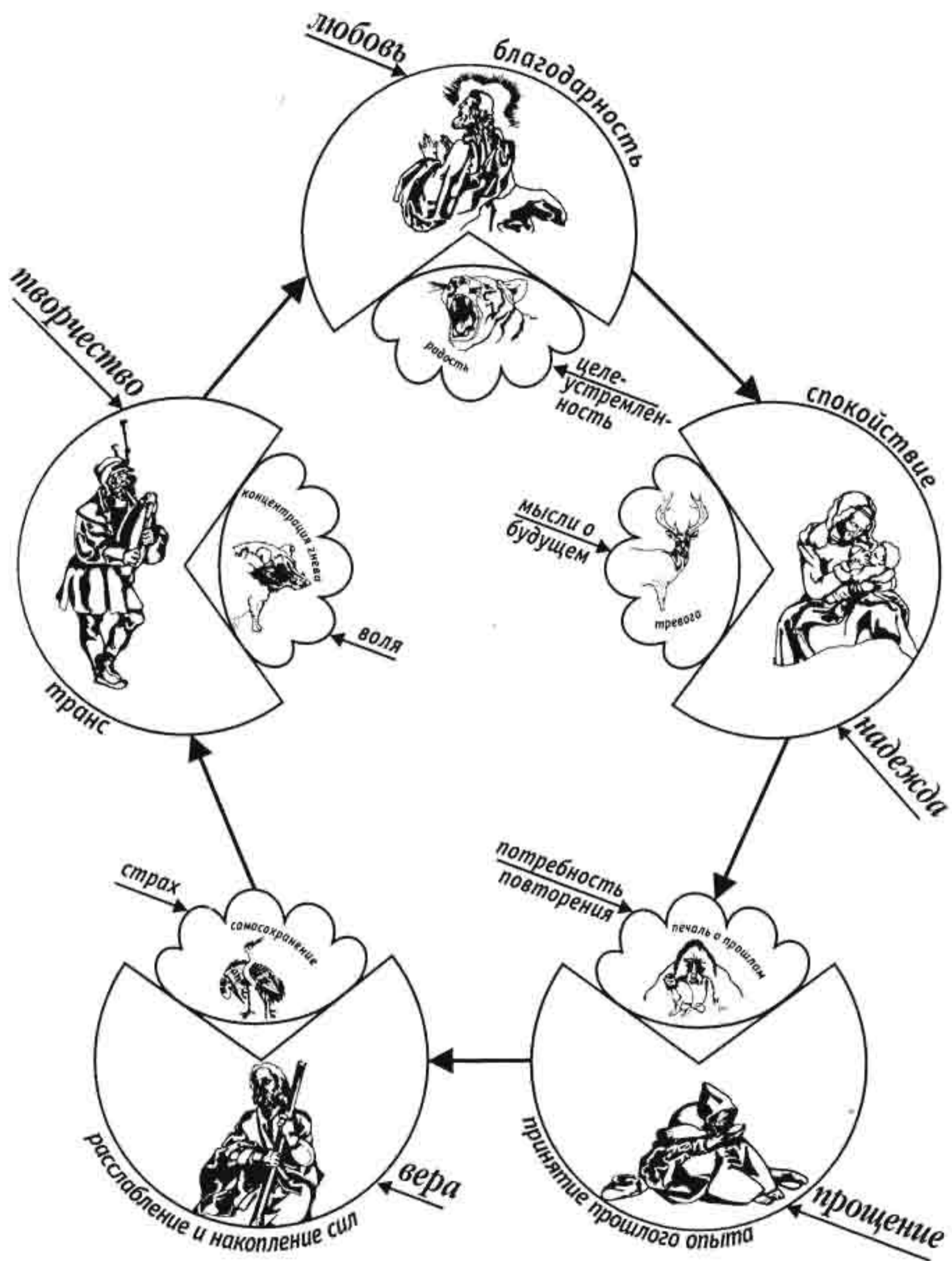


Рис.19. Импотенция

не следует форсировать события, пациент должен привыкнуть к спокойствию, а это для тревожно-мнительного типа непросто.

В ходе реакции **смирения (принятия)** у пациента могут отсутствовать или быть сниженными «факторы стимуляции», описанные Эриком Берном. Эти факторы нужно искать не только в ольфакторной (обонятельной), но и в зрительной, слуховой и кинестетической сферах. Кроме рациональной работы, здесь также показано трансовое воздействие, регрессирующее пациента к детской сексуальности в целях нахождения в инфантильных реакциях необходимых стимулов. Эмоция **печали** на этой стадии должна быть трансформирована в эмоцию **принятия**, «неудачный опыт» воспринят только как этап познания, необходимый для того, чтобы в будущем его не повторять – пойти другим путем.

Зачастую расстройства возникают в фазе **капитуляции–расслабления**. Это чаще всего связано со **страхом** неудачи. Как правило, этот страх является следствием предшествующего неудачного опыта. Причем не важно, действительно ли это была неудача, или она придумана пациентом, или представлена в виде таковой требовательным либо просто неумным партнером. Как уже говорилось выше, цель совместной работы пациента и его партнера должна быть в замещении страха неосознанной эмоцией любви.

В ходе реакции **демонстрации** сексуальное расстройство бывает связано с отсутствием **концентрации**, что приводит к преждевременной эякуляции или очень малой продолжительности коитуса. Эмоция **гнева** на этом этапе должна смениться эмоцией **воли**. Для выработки этого качества, которое мы здесь назвали эмоцией, существует большое число упражнений, разработанных школой психосинтеза Роберто Ассаджиоли. Медикаментозно на этом этапе можно вмешаться, повысив уровень дегидротестостерона.

В ходе реакции **экспансии** расстройства могут быть связаны с тем, что эякуляция не наступает при нормальной эрекции или носит болезненный (реже – извращенный; А.Г.Лещенко описал случай, когда у пациента вместо оргазма появлялся позыв к дефекации и, наоборот, во время дефекации – оргазм) характер. Нам представляется, что характерная для этой реакции эмоция **радость** должна смениться эмоцией **благодарность**. Виктор Франкл пишет, что стремление к удовольствию-радости иногда может привести лишь к тому, что это состояние не наступит. Он рекомендует отвлечься от своих ощущений, сосредоточить все внимание на партнере, на чувстве любви и благодарности к нему. Наш опыт показывает, что данная рекомендация приводит к положительному результату не только в случае импотенции, но и в случае фригидности.

Инфекционный неспецифический артрит

С точки зрения системного анализа, иммунитет, аллергия, аутоагрессия – это разные стороны, разные способы функционирования одной и той же системы, которая ответственна за реакцию адаптации к изменениям в окружающей среде. Сохраняя целостность внутренней среды организма, эта система не позволяет чужеродному белку проникнуть во внутреннюю среду. Как мы сегодня уже знаем, не только паразиты, микробы, простейшие, бактерии, грибы и вирусы, но и некоторые белки (прионы) являются носителями разрушительной для организма генетической информации.

Вместе с тем, эта реакция не может быть равной по интенсивности относительно всех чужеродных объектов, ведь белки являются составной частью нашей пищи. Поэтому наряду с реакцией отторжения-уничтожения существует другая (противоположная) реакция, подавляющая иммунитет. Минералокортикоиды усиливают эту реакцию, а глюкокортикоиды подавляют. Как и все остальные реакции в живом организме, эта реакция также идет волнообразно, проходя через падения одной и подъем другой систем регуляции. Причем можно полагать, что реализующий эффект может быть как следствием подъема напряжения одной системы, так и следствием снижения другой.

Если считать, что чередование реакций на препятствие является универсальным, то этот процесс можно представить в виде синусоиды, в нижней части которой находится реакция **капитуляции** (кстати, как мы уже упоминали, не следует думать, что для ее реализации не нужна энергия, чтобы заблокировать сознание энергии нужно немало). В этой фазе реакции на препятствие напряжение иммунитета может упасть до минимума как за счет паралича его механизмов (СПИД), так и за счет напряжения механизмов подавления иммунитета (выработка кортикостероидов в ходе реакции приспособления стресса).

Затем напряжение иммунитета растет, достигая оптимальных величин в фазе **концентрации**, а на следующем этапе за счет напряжения механизмов стимуляции иммунитета (минералокортикоиды и, возможно, тироидные гормоны) реакция становится чрезмерной. Мера адаптации превышает, начинается реакция отторжения безвредных белков (и не только белков). При дальнейшем нарастании этой реакции (в фазе **экспансии**) иммунитет извращается до реакции на собственные белки – аутоиммунная агрессия.

Например, человек из-за родительских установок не может продемонстрировать естественную реакцию агрессии. Он подавляет ее внешне, в теле это проявляется напряжением мышц сгибателей конечностей, позвоночника, жевательных мышц. В реакции на чужеродный объект компенсаторно усиливается напряжение иммунитета, здесь подавлять ничего не нужно, яотреагирую свой гнев «на всю катушку». На этой фазе чередование реакций задерживается, а в местах прикрепления постоянно напряженных мышц появляются хронические напряжения. Это вызывает микротравматизацию, продукты распада попадают в кровь, и на антигены этих продуктов направлена аутоагрессивная реакция с реализацией в месте наибольшего напряжения.

Так формируется инфектарtrit. Он начинается с утренней скованности. Чаще у женщин, средний возраст, жители города. В детстве – ограничения движений: «Стой спокойно!» Учили послушанию, лишая любви. Отмечается амбивалентность воспитания: 1) «вариант маятника», когда сегодня тебя любят, а завтра – не очень, когда мать требует одного, а отец – противоположного поведения, и 2) эмоциональная привязанность («много любви») в сочетании с требованием достижений («сильный и амбициозный родитель»), которые и являются критериями эмоционального вознаграждения.

Вот какую характеристику больного инфектарtritом человека дает Лиз Бурбо.

Этот человек слишком строг к себе, не дает себе остановиться и расслабиться, не умеет выразить свои желания и потребности. Он считает, что другие знают его достаточно хорошо для того, чтобы предложить ему все, в чем он может нуждаться. Когда окружающие не оправдывают его ожидания, он переживает разочарование, горечь и обиду. У него также может возникнуть желание отомстить, хотя он и чувствует себя бессильным что-либо сделать. Это вызывает у него гнев, который он скрывает глубоко внутри. У такого человека очень хорошо развит внутренний критик.

Место, где возникает артрит, указывает на сферу жизни, в которой следует искать источник всех проблем. Так, если артрит поражает суставы рук, человек должен пересмотреть отношение к тому, что он делает руками. Если ему нужна помощь, он должен ее попросить, а не ждать, пока другие прочитают его мысли или угадают, что он нуждается в помощи.

Люди, страдающие от артрита, обычно кажутся очень покорными и тихими, но в действительности они подавляют в себе гнев, который им очень хочется проявить. Эмоции парализуют точно так же, как артрит. Больной артритом должен перестать накапливать в себе эти парализующие эмоции.

Таким образом, в случае инфектартрита энергия мечется в четырехугольнике: **тревога – печаль – страх – гнев** (минуя радость **экспансии**) (рис. 20). Преодоление препятствий в данном случае носит «фантомный» характер, реализуясь в виде сгибательной деформации суставов. Если говорить о следующем круге спирали последовательности («утончение эмоций»), то здесь возможен застой в фазе смирения, когда прежний опыт принимается не с прощением (себя и других), а с печалью (виной и обидой). Амбивалентность эмоций объясняется различным их ходом на разных уровнях. Одна из субличностей (та, у которой требовали послушания) требует вежливости, которую вызывает страх, а другая (та, у которой требовали достижений) – прямооты, которую дает радость.

Рекомендации по психотерапевтической коррекции: рациональная работа по формулированию целей и возможностей их достижения, интеграция субличностей с помощью техник психосинтеза и НЛП, отреагирование гнева телесно-ориентированными методами, работа в недирективном трансе для переформирования **печали в принятие** (акцент на умение **прощать**), отреагирование гнева телесно-ориентированными методами. Критериями терапевтического успеха часто является повышение социальной активности таких пациентов. Если домохозяйка находит у себя ресурсы для какой либо работы или хобби за пределами дома, если тихий исполнитель начинает проявлять инициативу и претендовать на другую работу – улучшение соматического состояния (по крайней мере, ремиссия) практически гарантировано.

Клинический пример: Пациентка А., 53 года, тяжелая форма инфектартрита с резко выраженной деформацией суставов, преимущественно кистей рук, больше правой. С детства подавала большие надежды, одна из многодетной крестьянской семьи получила высшее образование. Рано вышла замуж, родила двоих детей и вынуждена была жить в родительской семье мужа, где всем руководила его деспотичная мать. Пациентка никогда не работала по специальности (она педагог), по настоянию мужа и свекрови посвятила жизнь воспитанию детей (кстати, оба ребенка стали врачами) и домашнему хозяйству (в хозяйстве было много домашних животных и пасека). Первые признаки заболевания появились сразу же после рождения первого ребенка, после рождения второго – началось резкое обострение с полным обездвиживанием. Из этого состояния больная вышла, с ее слов, в результате совместного воздействия терапевта и специалиста по неврозам. Окружающие характеризуют пациентку как необычайно добрую и отзывчивую женщину, тихую и глубоко религиозную. Работа с ней строилась исходя из ее религиозности. Рациональная часть работы заключалась в объяснении дисгармоничности ее состояния, при котором имеется резкий перекося в сторону веж-

ливости. Она была обучена техникам «сбалансированная критика» и «обращение от первого лица» для общения со свекровью и мужем.

Трансовая работа заключалась в том, что ей были «встроены» внушения о необходимости любви к себе (основываясь на второй Христовой заповеди: «Возлюби ближнего, яко самого себя!») и умении прощать («Нагорная проповедь»). Пациентка стала принимать активное участие в жизни религиозной общины, посещая ее собрания и навещая престарелых и больных. В семье ей пришлось преодолеть значительное сопротивление свекрови и мужа, в чем большую поддержку ей оказали дети. В результате проведенного лечения подвижность суставов правой руки увеличилась, а левой – восстановилась полностью.

Пациентка Г., 35 лет, инженер-кораблестроитель, не работает – инвалид 2-й группы, разведена, проживает с матерью, отчимом и восьмилетним сыном. Диагноз: инфекционно-аллергический полиартрит с преимущественным поражением тазобедренных суставов, 2-сторонний коксартроз (справа – 2-й, слева – 3-й степени), состояние после операции на левом тазобедренном суставе в 1993 г. – межвертельная остеотомия, артропластика, костная пластика головки, 2-я операция в 1996 г. – аналогичная на левом тазобедренном суставе.

Объективно – высокая, стройная, привлекательной внешности женщина, мышцы нижних конечностей слегка атрофированы. Подвижность в правом тазобедренном суставе: сгибание – 30 градусов, отведение – 10, в левом: сгибание – 15 градусов, отведение – 0. Ходит с большим трудом, опираясь на трость. Психологический статус: больная угнетена, часто плачет, жалуется на чувство безысходности.

По окончании 1-го сеанса с пациенткой был заключено устное соглашение, в котором ей не давалось никаких обещаний относительно улучшения ее соматического статуса, но было разъяснено, что в случае ее активного сотрудничества качество ее жизни, под которой подразумевались активная жизненная позиция, хорошее настроение и оптимизм, существенно улучшится.

В связи с тем что пациентка воспринимала тяжелое состояние как наказание за свои проступки (она их даже конкретизировала), ее внутренняя позиция была пассивной – позицией справедливо наказанного ребенка.

С помощью притчи «Азраил – ангел смерти» была предпринята попытка расшатать это убеждение, сместив акцент с вины и наказания на предупреждение и испытание. В целях дистантирования терапевта от проблемы пациентки был проведен анализ скрытой выгоды заболевания для нее, которая заключалась в желании заставить окружающих (прежде всего мать) сменить роль обвинителей на роль спасателей.

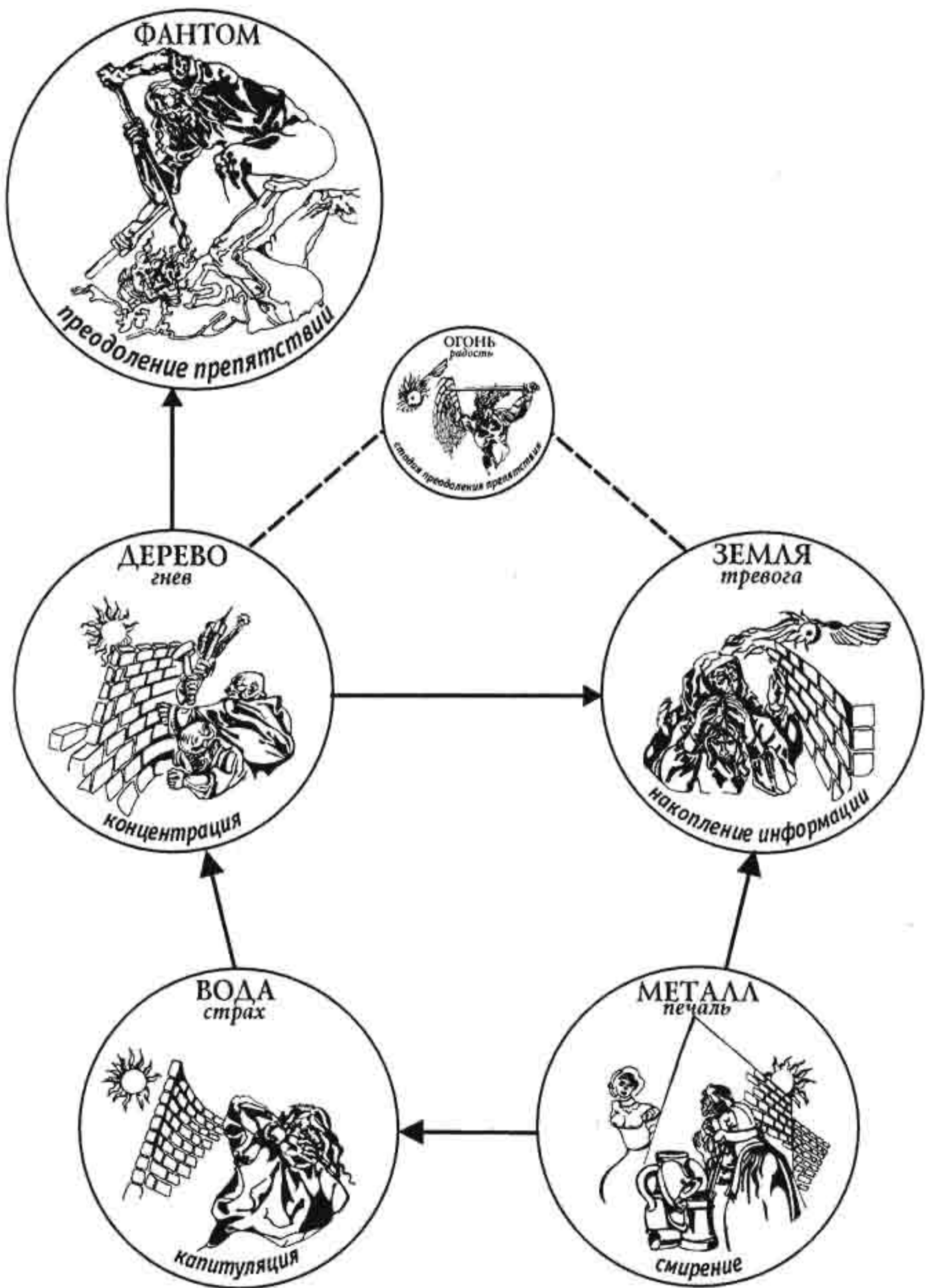


Рис.20. Полиартрит

При анализе базового конфликта (родительского сценария) было установлено, что воспитывала пациентку только мать, женщина с жестким, авторитарным характером, внешние проявления чувств в семье были не приняты. Отношения между родителями в семье были очень напряженными, отец злоупотреблял алкоголем и покончил с собой. В дальнейшем была проведена работа по оценке ситуации актуального конфликта языком поведенческих реакций, а не чувств, которым пациентка описывала все, что с ней происходило. Выяснилось, что особенно подавленной она чувствовала себя при контактах с матерью, когда та вербально, а чаще невербально, давала понять, что зависимость от нее пациентки и ее сына абсолютна. Это подкрепляло убеждение пациентки в своей незащитности и бесперспективности активной позиции. Кроме того, подобное чувство возникало при контактах с мужчинами, которые оказывали ей внимание, но пациентка, страстно желая близости, отказывала им, полагая, что ее физический недостаток (почти полное отсутствие подвижности в тазобедренных суставах) не позволяют ей как давать, так и получать, и заранее чувствовала неловкость перед партнером. Кстати, в этом ее убеждении большую роль также играла мать.

В целях усиления ее дефицитных качеств (искренность, прямота, решительность, доверие) была проведена следующая работа:

1. Пациентке было предложено упражнение для усиления качества **искренности**: каждый день говорить все большему числу людей комплименты, причем со временем, исчерпав круг знакомых, говорить их незнакомым.

2. Пациентка получила навыки определения степени конгруэнтности при оценке своих взаимоотношений с друзьями и близкими, после чего значительно усилилось качество – **доверие**.

3. Было проведено 3 терапевтических сеанса с матерью пациентки, во время которых та поняла причины своей установки (она выросла в такой же деспотичной обстановке, какую создала и в своей семье), поняла, что во многих случаях была и сейчас остается внешним механизмом для запуска ригидного образца поведения, характеризующегося беспомощностью, незащитностью и ненужностью, у своей наделенной всяческими талантами дочери. Мать пережила инсайт и резко изменила форму отношений с дочерью, признав в ней личность, способную к самореализации даже при наличии такого тяжелого физического недуга.

При дальнейшей работе были использованы техники НЛП и психосинтеза. Пациентке предложили найти в своем прошлом эпизод, в котором она ощущала наибольший физический и психологический комфорт. Этим эпизодом было пребывание на капитанском мостике корабля во время прохождения мореходной практики. Анализ эпизода показал, что наиболее значимым

для пациентки было ощущение полета – свободы, физически выразившееся в чувстве уменьшения собственного веса почти до состояния невесомости. Это ощущение было с помощью техники «якорения» закреплено, метафорически якорю был придан образ птицы с большими крыльями.

В ходе дальнейшей работы выяснилось, что для субличности, которой пациентка была на мостике, самым важным качеством является независимость, понимаемая ею как свобода передвижения (в идеале – по всему миру) и разнообразие контактов, чего она была полностью лишена как вследствие болезни, так и из-за высокой степени зависимости от матери и ее установок. В прошлом это предопределило выбор профессии – в кораблестроительный институт пациентка поступила после того, как ее не приняли в мореходное училище. С пациенткой была проведена работа по интеграции субличных (психосинтез) и уровней личности (НЛП).

В результате проведенной терапии вследствие изменения убеждений (от «я полностью зависима» до «я зависима только в некоторой степени») поведение пациентки изменилось. Она стала разъездным (по всей Украине) дистрибьютором компании сетевого маркетинга, нормализовала свои отношения с друзьями и близкими. Объем движений в суставах резко увеличился, трость она забросила, ходит, почти не прихрамывая. Увеличение объема движений в суставах стало возможным вследствие исчезновения гипертонуса прилежащих к суставу мышц, что позволило полностью использовать остаточную подвижность, а главное, компенсаторно использовать подвижность других суставов. Гипертонус мышц отражал напряжения в ее внутренней сфере, и он исчез, когда эти напряжения были ликвидированы. Пациентка успешно решила свои проблемы и в личной жизни.

Тиреотоксикоз и реакции стресса

Общеизвестно, что в состав гормонов щитовидной железы входит йод и на состояние структуры и функции щитовидной железы оказывает влияние содержание йода в пище. Так, в горных местностях, где продукты питания содержат мало йода, широко распространен зоб – разрастание тканей щитовидной железы. Избыточный прием йодистых препаратов (даже минеральных ванн с повышенным содержанием йода) приводит к усилению функции щитовидной железы – тиреотоксикозу.

Казалось бы, решение проблемы заболеваний щитовидной железы лежит на поверхности: при повышении ее функции – уменьшать йод в пище, а при понижении – увеличивать. Оказалось, что все не так просто. В упомянутых горных местностях встречаются случаи гипертиреоза (хотя йода в пище мало), а при увеличении в пище йода гипертиреоз развивается далеко не у всех.

Со времени открытия Гансом Селье феномена стресса все непонятное в механизмах патогенеза относят на его счет. Реальный же стресс, вызывая с помощью адреналина повышение кровотока и усиленную подачу в железу сырья (йода), вызывает только один пик подъема гормонов щитовидной железы, а затем – сырья нет и уровень гормонов падает, а гипофиз с помощью тиреотропного гормона только продолжает «мучить» железу, вызывая развитие зоба (М.Я.Жолондз).

Стресс (по Селье) – совокупность стереотипных, филогенетически запрограммированных, неспецифических реакций организма, готовящих его к физической активности. Эти реакции могут быть вызваны любым фактором (химическим, физическим, психологическим, социальным), нарушающим целостность организма (или воспринимаемым подсознательно как таковыми).

Реакции осуществляются через симпатoadреналовую и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую системы. У.Кеннон писал: «При боли, голоде, ярости, страхе (позднее отнесенных к стрессовым состояниям) концентрация адреналина увеличивается».

Селье описал 3 стадии стресса: мобилизация (тревога), повышение резистентности, истощение (восстановление).

Гаркави, Квакина, Уколова полагают, что в зависимости от силы раздражителя наблюдаются три типа адаптационных реакций: 1) тренировки; 2) ак-

тивации; 3) стресса. Для стрессовых реакций характерно переключение с пластических реакций на энергетические, т.е. с парасимпатической реакции на симпатическую.

Мы предлагаем расположить реакции стресса и адаптации в порядке чередования реакций преодоления препятствия. Таким образом, первой реакцией будет мобилизация (**тревога**), по Селье. Вторая реакция – тренировки, по Гаркави, на этой стадии организм «вспоминает» реакции на подобные ситуации (**смирение**), которые успешно и часто (тренировки) применялись в прошлом. Третья реакция – активации, по Гаркави, на этой стадии активируются механизмы адаптации, что возможно только при **капитуляции** гормонов действия (дофаминов) и включения гормонов подавления (глюкокортикоидов). Четвертая стадия – повышение резистентности, по Селье, **концентрация** восстановительных сил. Пятая стадия – восстановление, по Селье, – **преодоление препятствия**, вызвавшего весь описанный цикл приспособительных изменений.

При стрессе количество гормона Т4 в крови несколько увеличивается не за счет усиления производства, а за счет освобождения части плазмы, связанной с белками и предназначенной для «общих» нужд организма (повышения окисления). При кратковременном воздействии тиреоидная система активизируется (поддерживается активность коры надпочечников, глюкокортикоиды которой, подавляя иммунитет, снимают воспаление). При длительном воздействии активность снижается, так как при интенсивном обмене быстро истощаются резервы.

Итак, йод есть, стресс есть, а тиреотоксикоза может не быть. Все симптомы тиреотоксикоза связаны с избыточным потреблением кислорода клетками и тканями. Тиреоидные гормоны (при поступлении в клетку Т4, отщепляя йод, превращается в Т3, который в 5 раз активнее, хотя и продолжительность его жизни в 5 раз короче – 1 сутки) являются «проводниками» кислорода внутрь клетки, к ее энергорасходу структурам.

Наличия или отсутствия сырья (йода) и команды на производство гормона в виде стресса недостаточно для того, чтобы нарушить механизмы нормальной жизнедеятельности организма и вызвать болезнь. Значит, должны существовать какие-то компенсационные механизмы, действующие в качестве буфера, т.е. уменьшающие или увеличивающие потребление тиреоидных гормонов одними тканями с тем, чтобы их потребление органами-мишенями оставалось на неизменном уровне. Это органы, на энергообеспечение которых с помощью увеличенного потребления кислорода в наибольшей степени влияют тиреотропные гормоны. В ходе эксперимента было определено, что это печень, почки, гипофиз и диафрагма. На энергообеспечение миокарда,

скелетной и гладкой мускулатуры эти гормоны влияют в меньшей степени, а на мозг, яички, селезенку – практически не влияют.

Среди органов-мишеней только печень может оказать влияние на потребление и выведение тиротропных гормонов (соответственно и йода). В нормально функционирующем организме она способна, переходя с режима окислительного фосфорилирования на режим перекисного окисления и наоборот, увеличивать или уменьшать потребление тироидных гормонов. Только печень способна недопотреблять Т4 и тем самым недовыделять его из организма и не снижать его уровень в крови. При этом печень постоянно стремится восстановить вынужденно уменьшенное потребление Т4 и вынужденное им уменьшение потребления кислорода. Этим она сразу же снижает уровень Т4 в крови, тем самым включая ТТГ и угрожая входом в колебательный режим. Тогда Высшая Нервная Система через блуждающий нерв ограничивает восстановление потребления Т4 печенью. Возникает быстро затухающий модулированный процесс, который заканчивается выходом на некоторое свое среднее значение потребления Т4 печенью, «тихая» йодная гормональная недостаточность распространяется по всему организму.

Таким образом, ценой энергетически невыгодных условий работы печени сохраняется обычный уровень гормонов в крови, что дает возможность нормально функционировать гипофизу (регуляция эндокринной системы в целом за счет включения коллатералей и усиленной выработки гормонов), диафрагме (дыхание и другие ее функции), почкам, миокарду и т.д. Уменьшается количество йода в пище – печень уменьшает потребление и выведение тироидных гормонов, увеличивается содержание йода и атакуют стрессы – увеличивается потребление и выведение – болезни нет!

Избыток гормонов вызывает усиление «производственной» (желчь) и ослабление «складской» деятельности печени. Жиров хотя и много, но это не склад, а цеховой запас, нужный для активного производства. И это не дает возможности накапливать гликоген. Это тиреотоксический инсулинонезависимый диабет 2-го типа, связанный с избыточным всасыванием йода.

Если на фоне диабета 1-го типа – тиреотоксикоз, результат – тяжелый сочетанный диабет 1-го и 2-го типов одновременно.

Каковы же механизмы декомпенсации, почему не включается спасительная печень? Ответ на этот вопрос может дать успешная практика в областях, далеких от хирургического или фармакологического воздействия на щитовидную железу.

Специалисты по акупунктуре получают хорошие результаты при лечении тиреотоксикоза, активно снижая напряжение парасимпатической системы. Это совпадает с данными о том, что блуждающий нерв угнетает функцию щи-

товидной железы. Вместе с тем, основным стимулятором активности железы является уровень йода в крови, следовательно, этот механизм воздействия не может быть основным. Остается предположить, что парасимпатическая система является проводником центральных влияний, заставляющих печень работать в режиме, при котором она мало расходует тироидные гормоны и поддерживает их сверхвысокий уровень в крови. Это заставляет работать в сверхрежиме гипофиз (результат – повышение основного обмена), диафрагму (учащенное дыхание), миокард (тахикардия, экстрасистолы, пароксизмальная тахикардия), скелетную мускулатуру (тремор) и т.д.

Успешно влияют на компенсацию механизмов оксигенации и психотерапевты, воздействуя на излишне тревожные черты личности пациента – на его катастрофические установки мышления. В связи с этим возникает вопрос: часто сопровождающая тиреотоксикоз раздражительность является причиной заболевания или его следствием?

Зоб вызывает у больного неосмысливаемую им раздражительность, «целебную» для больного, о чем свидетельствует статистически достоверное снижение заболеваемости в годы войны. При стрессе больные получают облегчение от снижения Т4 в крови, от уменьшения его потребления органами-мишенями и от снижения гиперфункции щитовидной железы – тройная выгода от возбуждения этих больных. Поясним эту мысль: адреналин усиливает выработку гормонов (непосредственно и через гипоталамус-гипофизарную систему), но не надолго. Затем йод не поступает, а печень благодаря симпатическим влияниям усиливает потребление и уменьшает выведение тироидных гормонов. Все это приводит к снижению уровня гормонов в крови, и симптомы заболевания исчезают или проявляются в меньшей степени. При гипотиреозе все наоборот – стрессовые реакции, снижая и так низкий уровень гормонов в крови, ухудшают течение заболевания.

Получается, на первый взгляд, парадоксальная ситуация: тревога ослабляет процесс потребления тироидных гормонов (и тем самым кислорода) печенью, а гнев (раздражительность) – усиливает. Этот парадокс легко объясняется в рамках системы чередования реакций на препятствие.

Тревога включает парасимпатическую реакцию максимального поглощения всего, что есть в пище, в том числе йода. Поступающее в избыточном количестве сырье (йод) заставляет щитовидную железу избыточно производить гормоны. Если этим все ограничится, печеночный механизм компенсации, включившийся в процесс путем усиленного потребления гормонов, ликвидирует их избыток. Однако, если тревога нарастает, реакция накопления переходит в следующую – капитуляцию, минуя реакцию смирения. Включается более архаичный (менее выгодный) механизм функционирования гепа-

тоцитов печени, они экономят тироидные гормоны вместо того, чтобы их расходовать. Эта явно неадекватная реакция приводит к повышению уровня гормонов в крови, вслед за которым разыгрывается клиническая картина болезни.

Первый акт этой драмы разыгрывается в фазе **накопления из-за тревоги** (усиление всасывания), второй – в фазе **капитуляции из-за страха**, третий – в фазе **концентрации**, в которой печень путем механизма экономичного использования гормонов щитовидной железы повышает их концентрацию в крови. Фаза **принятия** пропускается, а в фазе **преодоления препятствия** – «**фантомный**» вариант (непродуктивный сброс энергии) (рис. 21).

По данным Бориса Любана-Плоцца, ситуация болезни часто характеризуется тем, что гипертиреоз развивается вследствие сильных переживаний и острых жизненных трудностей, при наличии конституциональной расположенности и соответствующих внутрисемейных отношений в раннем детстве больного. Смерть близких, несчастные случаи, переживания, потери могут служить пусковыми моментами или вызывать рецидив уже стабилизированного гипертиреоза.

Справка: Любан-Плоцц Борис – швейцарский психотерапевт, президент Международного Балинтовского центра, главный вдохновитель труда нескольких авторов – книги «Психосоматические расстройства в общей медицинской практике».

И в случаях отсутствия очевидно провоцирующих или усиливающих заболевание событий анализ тщательно собранных данных почти всегда показывает, что больные практически постоянно находятся в трудной, напряженной жизненной ситуации.

КАРТИНА ЛИЧНОСТИ

У таких больных наблюдается готовность постоянно перевыполнять свои задания. Похоже, что этих больных в детстве принуждали к тому уровню самостоятельности, справиться с которым они не были готовы, будь то ранняя потеря матери, развод или ссоры родителей, преждевременное участие детей в родительских конфликтах или воспитание младших сиблингов. Пациенты чаще всего являются старшими в семьях, в которых растут несколько детей. Они производят впечатление личностной зрелости, которая, однако, не всегда адекватна ситуации и с трудом скрывает слабость и страх перед половой жизнью взрослых, перед расставанием либо собственной ответственностью или вообще перед необходимостью выжить. Их фантазии заполнены умиранием и смертью. По Александеру (1951), гипертиреоидный больной – человек, «пытавшийся выдержать всю его жизнь борьбу со своим страхом».

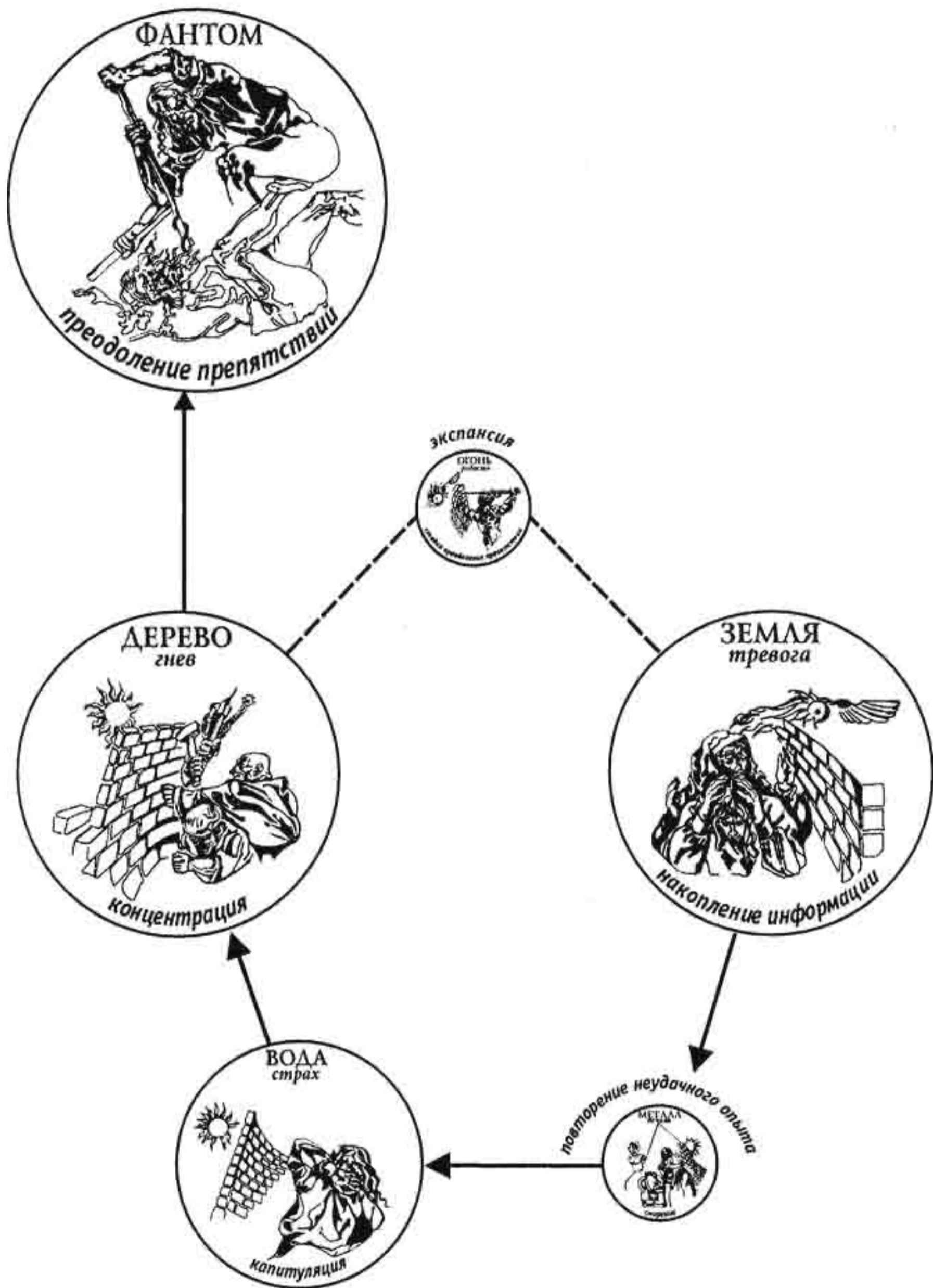


Рис.21. Тиреотоксикоз

Стремление к социальному успеху, к труду и ответственности у больных является, по-видимому, функцией самоуспокоения. «Контрафобические» черты устанавливаются в более чем двух третях случаев, отрицание и вытеснение страха – в более одной трети. У четырех пятых больных отмечается в течение всей жизни стремление непременно выдвинуться, с доводящим до изнеможения обязательством успеха. У женщин это проявляется в повышенной потребности производить на свет детей и по возможности сверх этого усыновлять чужих детей (Brautigam, Christian, 1973).

Приведенный обзор литературы подтверждает нашу мысль о том, что гипертиреоз является следствием неосознанного предпочтения поведения, характерного для реакций накопления (тревога) и капитуляции (страх). Дальнейшее продвижение процесса к стадии «фантомного» преодоления препятствия (проявлением которого на уровне тела является тремор и усиление основного обмена, а на уровне поведения – гнев и раздражительность) уже само по себе способно принести временное облегчение. Предпочтения эти закрепились как стереотипы еще в детстве, когда в качестве алгоритмов были приняты драйверы: «Будь лучшим!» или «Радуй других!» (Стюарт и Джеймс. Современный транзактный анализ, 1997).

По Пезешкиану, при заболеваниях щитовидной железы особо развита сфера деятельности. Сферы контактов и тела полностью определяются стремлением к успеху и достижениям. Концепции в области деятельности можно представить примерно так: «Ты можешь справиться сам. У нас много других забот!» Их состояние характеризует история-напутствие:

В одной персидской истории рассказывается о путнике, который с великим трудом брел, казалось, по бесконечной дороге. Он весь был обвешан всякими предметами. Тяжелый мешок с песком висел у него за спиной, туловище обвивал толстый бурдюк с водой, а в руках он нес по камню. Вокруг шеи на старой, потрепанной веревке болтался старый мельничный жернов. Ржавые цепи, за которые он волок по пыльной дороге тяжелые гири, обвивались вокруг его ног. На голове, балансируя, он удерживал наполовину гнилую тыкву. Со стонами он шаг за шагом продвигался вперед, звеня цепями, оплакивая свою горькую судьбу и жалуясь на мучительную усталость.

В палящую полуденную жару ему повстречался крестьянин. «О усталый путник, зачем ты нагрузил себя этими обломками скал?» – спросил он. «Действительно, глупо, – ответил путник, – но я до сих их не замечал». Сказав это, он далеко отшвырнул камни и сразу почувствовал облегчение. Вскоре ему повстречался другой крестьянин: «Скажи, усталый путник, зачем ты мучаешься с гнилой тыквой на голове и тащишь за собой на цепи такие тяжелые железные гири?» – поинтересовался он. «Я очень рад, что

ты обратил на это мое внимание. Я и не знал, что утруждаю себя этим». Сбросив с себя цепи, он швырнул тыкву в придорожную канаву, и она развалилась на части. И вновь он почувствовал облегчение. Но чем дальше он шел, тем сильнее страдал. Крестьянин, возвращавшийся с поля, с удивлением посмотрел на путника: «О усталый путник, почему ты несешь за спиной песок в мешке, когда, посмотри, там вдали так много песка. И зачем тебе такой большой бурдюк с водой – можно подумать, что ты задумал пройти всю пустыню Кавир. А ведь рядом с тобой течет чистая река, которая будет сопровождать тебя на протяжении всего пути!» – «Спасибо, добрый человек, только теперь я заметил, что тащу с собой в пути». С этими словами путник открыл бурдюк, и тухлая вода вылилась на песок. Задумавшись, он стоял и смотрел на заходящее солнце. Последние лучи солнца послали ему просветление: он вдруг увидел тяжелый мельничный жернов у себя на шее и понял, что из-за него шел сгорбившись. Путник отвязал жернов и швырнул в реку так далеко, как только смог. Свободный от обременявших его тяжестей он продолжал свой путь в вечерней прохладе, надеясь найти постоянный двор.

Рекомендуемые способы психотерапевтического воздействия исходят из того, что и тревога, и страх, и гнев – эмоции необходимые. Вместе с тем, если они становятся доминирующими, их соматическая реализация проявляется в виде тиреотоксикоза. Механизмы проявления: усиление всасывания (это делает тревога) и переход на энергосберегающий обмен в печени (концентрация, включаемая страхом).

В уже упомянутом выше «Современном транзактном анализе» разрешение на выход из драйвера пациенту дает авторитетный для него терапевт из своего состояния «ребенка в ребенке». Это невербальное, в основе своей скорее интонационное, в очень располагающей, дружелюбной и веселой форме переданное сообщение о том, что он (пациент) уже сейчас без всяких дополнительных с его стороны усилий достоин любви и уважения.

Пезешкиан рекомендует, следуя 5-ступенчатой модели терапии, переместить внимание, а затем и поведение пациента в другие сферы жизни: способности реагировать телом, устанавливать новые контакты и получать от них удовольствие и способность фантазировать – уходить в свой внутренний мир.

Особый характер носит патогенез тахикардии и экстрасистолии при тиреотоксикозе. Избыточный уровень тироидных гормонов приводит к тому, что с их помощью кислород избыточно поглощается тканями (в частности, миокарда и скелетных мышц). В результате вынужденно наступает реакция сокращения: тремор, тахикардия и экстрасистолия. Согласно нашим пред-

ставлениям, действия, лишённые смысла, – это проявления реакции экспансии в «фантомном» варианте. Следовательно, психотерапевтическая работа в этом случае должна быть направлена на смыслообразующие и целеполагающие факторы с тем, чтобы от реакции бессмысленной демонстрации перейти к реакции осмысленной экспансии.

Итак, реакция тревоги переходит в реакцию страха, напряженность – в паралич. Затем паралич нормальной печеночной реакции поглощения тиреоидных гормонов приводит к возрастанию их уровня в крови. Высокая их концентрация заставляет «сбросить» энергию в фазе экспансии. Тиреотоксикоз – реакция сброса, вот почему двигательное (тремор, тахикардия и экстрасистолия) и психоэмоциональное (вспышки раздражительности и гнева) улучшают состояние больных.

Наша «фирменная рекомендация» заключается в том, что находящемуся в трансе любого уровня пациенту «вращается» круг чередования реакций. В случае с тиреотоксикозом акцент ставится на моменте перехода от накопления к смирению. Очень важно, чтобы в этой реакции осуществлялось принятие своего прошлого рода, что достигается умением прощать. Вся симптоматика заболевания свидетельствует о том, что этот переход качественно не завершается и энергия вместо концентрации для последующего преодоления препятствия расходуется впустую. Работе в трансе предшествует рационально-эмотивная терапия, по Альберту Эллису, или логотерапия, по Виктору Франклу. Теоретически здесь возможно отреагирование тревоги и страха с помощью телесно-ориентированных методов, но у нас такого опыта пока нет.

Алиментарное ожирение

Человеку необходимо освоить некоторое новое пространство – расширяться в личных отношениях, деловой жизни или личностном росте. Абрахам Маслоу показал, что потребность в самовыражении, хоть и в разной степени, присуща всем людям. В процессе удовлетворения этой потребности возникает какое-то препятствие, для преодоления которого нужно приложить усилия. Подсознательно человек оценивает это препятствие (например, риск возможной неудачи), оценивает свои способности преодолеть его и принимает решение: «Сейчас я преодолеть его не могу! Но и смириться не хочу, ведь там, за препятствием, открываются огромные возможности! Я накоплю сил и тогда попытаюсь!» Для решения такой задачи необходим запас энергии. В организме энергия складывается в виде гликогена и жира. Для включения механизма складирования нужна команда парасимпатической системы.

Под воздействием этой команды многократно увеличивается количество действующих капилляров в островковом аппарате поджелудочной железы. Усиление их кровообращения вызывает увеличение продукции инсулина (эту идею выдвигал еще академик Г.Ф.Ланг), возникает устойчивое состояние гиперинсулинизма.

Препятствие не исчезает, а преодолеть его человек по-прежнему не решается – боится. Вследствие гиперинсулинизма уровень глюкозы в крови все время снижается, она идет на образование гликогена и жира, человек из-за низкого уровня глюкозы все чаще ощущает голод и начинает избыточно питаться, если есть возможность. А если такой возможности нет или человек себя сознательно сдерживает? Тогда парасимпатическая система включает резервный механизм получения энергии – из пищи извлекается максимум возможного. Достигается это путем замедления эвакуаторной функции кишечника в сочетании и усилением активности ферментов желудка и 12-перстной кишки, что также происходит под влиянием инсулина. Возникает «синдром усиления функции кишечника», характеризующийся максимально возможным извлечением из пищи всего, что в ней содержится. Вот в чем причина ожирения даже при отсутствии переедания. (М. Я.Жолондз, 1999).

Существующие теории питания основываются на соответствии калорий-

ности потребленных продуктов и энергозатратами. По непонятной причине выпадает такой фактор, как степень усвоения этих продуктов. С нашей точки зрения, этот фактор – исполнительный механизм поддержания оптимального веса при относительно избыточном или относительно недостаточном питании. Этот механизм управляется центральными регуляторными влияниями и находится в прямой связи с идущими в подсознании процессами.

Итак, в подсознании под влиянием реальных или воображаемых фактов формируется застойная **тревога**. Основной (если не единственной) ее причиной является угроза выживанию. Ситуация не меняется, и тревога человека перед возможной в будущем катастрофой становится хронической. Это явление описано в психологической литературе как катастрофическое мышление, для которого характерны страх нищеты, смерти, страх за будущее своих родных и близких. В ответ на это подсознательные механизмы включают эволюционно оправданную реакцию обеспечения будущего с помощью складирования энергии (животные делают это при сокращении продолжительности светового дня – готовятся к зиме). В этом случае количество инсулина увеличивается в 5 раз по сравнению с нормой и развивается алиментарное ожирение.

Исходя из теории преодоления препятствия при этом развивается застойная реакция тревоги (в фазе накопления), еще точнее – **тревога в тревоге**. Если при нормальном ходе чередования реакций на препятствие микрореакция **тревога** – это только настороженность, **смирение** – только сравнение прошлого опыта, **капитуляция** – только осторожность, **демонстрация** – только внимание, а **экспансия** – это только достижение цели, то при ожирении ход микрореакций останавливается на **настороженности**. Понятно, что постоянная настороженность перерастает в тревогу – постоянное ожидание угрожающих событий, не имеющих конкретного характера. Именно тревога включает механизм накопления энергии, и «сброс» идет в реакцию концентрации, в которой печень превращает глюкозу в жир (рис. 22).

Согласно наблюдениям Лиз Бурбо, многие пациенты с ожирением перенесли в детстве психотравму унижения, что привело их к тому, что они «надели» маску «мазохиста». Постоянно ожидая неприятностей в будущем, живя в этом тревожном состоянии ожидания угрожающих событий, такой пациент старается их предвосхитить.

Маска «мазохист» означает такое поведение, когда человек испытывает удовлетворение и даже удовольствие от страданий. Он ищет мучений и унижений, обычно бессознательно. Он буквально организует обстоятельства таким образом, чтобы доставить себе неприятности и наказать себя еще

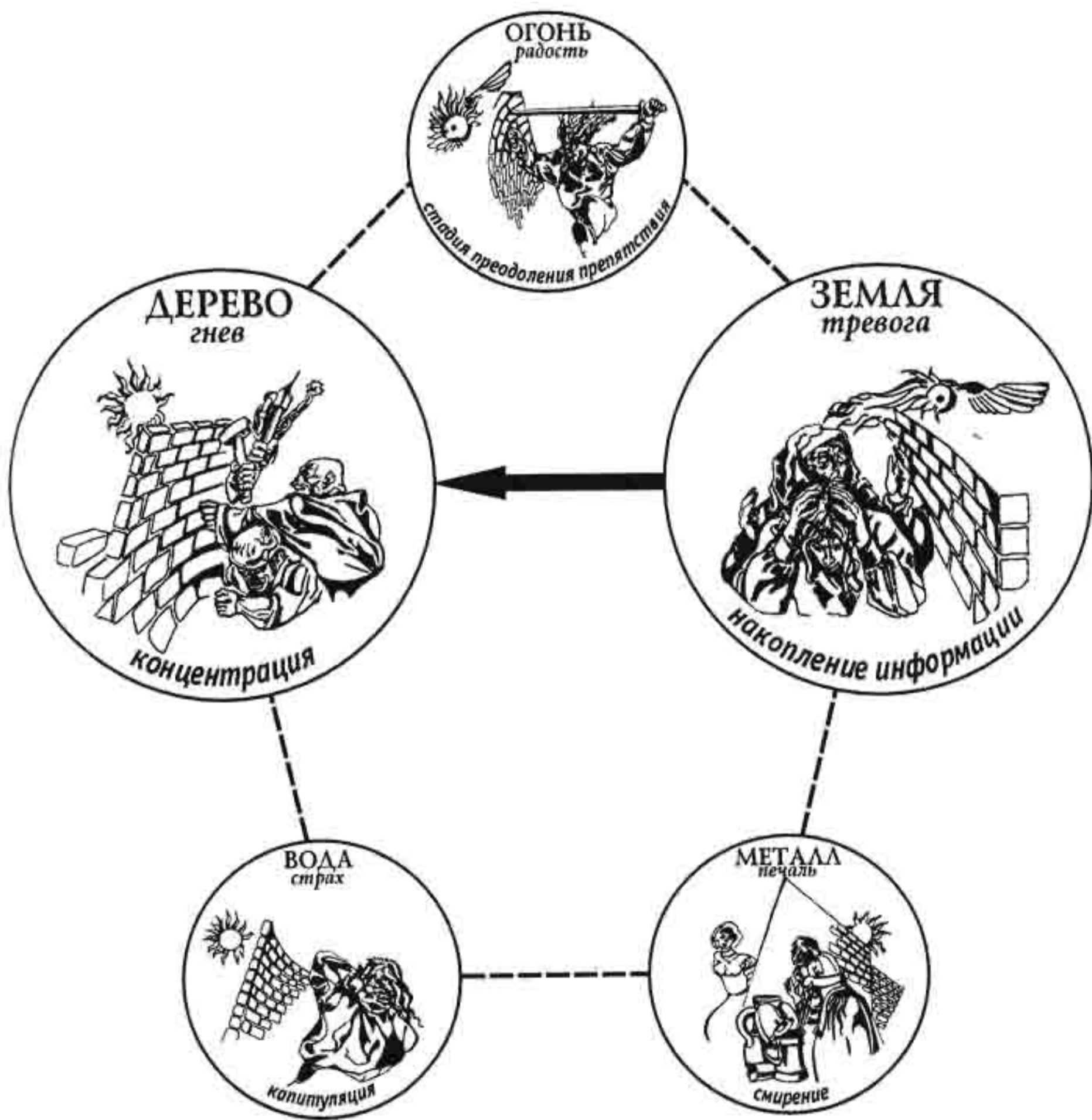


Рис.22. Ожирение

раньше, чем это сделают другие. В дальнейшем, когда мы будем использовать термин «мазохист», помните, что имеется в виду человек, который страдает от унижения и носит маску «мазохиста», чтобы избежать страдания, избежать переживания той боли, которая у него связана с унижением.

Вот выдержка из книги Лиз Бурбо.

Любому случается испытывать стыд; особенно стыдно человеку, когда его (или он сам себя) поймут на том, что он причиняет другим людям переживания, которых сам боится. Вместе с тем, по-видимому, именно люди с травмой униженных испытывают стыд чаще других. Здесь я хочу остановиться на различии между стыдом и чувством вины. Я чувствую себя виноватой, когда нахожу плохим то, что сделала (или не сделала). Если же мне стыдно, то это значит, что я чувствую, что была не права или некорректна в том, что сделала. Противоположной стыду является гордость. Если человек не горд собой, то ему стыдно, он обвиняет себя и хочет спрятаться, скрыться. Можно чувствовать себя виноватым и не испытывать стыда, но нельзя испытывать стыд и не чувствовать себя виноватым.

Перейдем теперь к физическому описанию маски мазохиста. Поскольку он считает себя низким, ниже других, нечистоплотным, бездушным, свиньей, то и выраживает большое, толстое тело, которого сам стыдится. Толстое тело – это не мускулистое тело. Можно весить на двадцать килограммов больше своего «нормального» веса и не быть толстым; скорее о таком человеке скажешь, что он сильный, крепкий. Мазохист толст за счет лишнего жира. Его бочкообразное тело почти одинаково по толщине, что в профиль, что в анфас. Другое тело человек сильный, мускулистый: даже со спины бросаются в глаза его широкие плечи – значительно шире, чем все туловище в профиль; об этом теле никак не скажешь, что оно жирное или толстое. Это все в одинаковой мере относится и к мужчинам, и к женщинам.

Если толстыми, закругленными выглядят только некоторые части тела – например, живот, груди или ягодицы, – то это указывает на не столь сильную травму унижения. Маске мазохиста соответствуют и такие особенности: короткая талия, толстая, расплывшаяся шея, напряженность в области гортани, шеи, челюстей и таза. Лицо обычно округлое, глаза широко раскрыты и невинны, как у ребенка. Понятно, что наличие всех этих характерных физических признаков говорит об очень глубокой травме.

Между прочим, одной из характерных черт мазохиста является нелюбовь к скорости, поспешности. Ему действительно трудно действовать быстро, когда в этом возникает необходимость; ему становится стыдно,

когда он не может действовать так же быстро, как другие, например, идти. Ему необходимо научиться давать себе право на свою, привычную скорость.

Всякий раз, когда мазохист, казалось бы, хочет сделать все для других, он на самом деле стремится создать себе как можно больше ограничений и обязанностей. Пока он помогает другим, он уверен, что ему нечего стыдиться, но очень часто потом испытывает унижение от того, что его использовали. Он почти всегда считает, что его услуги не оценены по достоинству. Многие женщины-мазохисты любят жаловаться, что нет их сил больше, что хватит с ним быть служанкой. Жалуются, но ничего не меняют: они не могут осознать, что сами себя создают невольны.

Мазохист не осознает, что, **делая все для других, он унижает их; он заставляет их чувствовать, что без него не обойтись.** Иногда мазохист даже специально заботится, чтобы другие члены семьи и друзья убедились, что господин Н. не смог без него обойтись, – и это объявляется в присутствии г-на Н., который чувствует себя униженным вдвойне.

Мазохисту прежде всего следует понять, что ему нет нужды занимать так много места в жизни близких ему людей. Между тем он не замечает этой своей экспансии, поскольку чаще всего осуществляет ее утонченно и бессознательно. По этой же причине его физическое тело занимает все больше места. Мазохист толстеет пропорционально тому пространству, которое он стремится занимать в жизни. Тело дано ему для того, чтобы отражать его верования. Когда мазохист узнает в глубине души, что он уникален, ему большее незачем будет доказывать это другим. Признав себя, его тело перестает стремиться занять так много места.

Человек берет на себя чужую вину и извиняется, это никогда и никоим образом не решает проблему: каждый раз ситуация повторяется и он снова обвиняет себя. Таким образом, самый большой страх для мазохиста – **свобода.** Он убежден, что не сумеет распорядиться своей свободой как следует. И бессознательно устраивает все так, чтобы не быть свободным; он практически всегда сам принимает такое решение.

Еще одно свойство мазохиста – умение наказывать кого-то другого. Одна дама рассказала мне, как она часто ссорилась с мужем из-за того, что он слишком любил погулять с друзьями, а ей уделял мало времени. Однажды, рассердившись, она воскликнула: «Если тебя раздражают мои слова, уходи!» А муж был только рад случаю сбежать из дома – он схватил плащ и ушел, а она вновь осталась в одиночестве. Прекрасное средство для подпитки своей мазохистской субличности.

Одна молодая мать как-то рассказывала мне: «Я поймала себя на том,

что стараюсь не оставлять себе времени на удовольствия и устраиваю все так, чтобы не получать удовольствия от того, чем занимаюсь». Она добавила, что вечерами, когда муж и дети смотрят телевизионные передачи, она нередко тоже останавливается, чтобы взглянуть на экран. Захваченная сюжетом, она так и стоит до конца передачи; она не позволяет себе присесть, ей кажется, что это будет означать, что она ленивая, плохая мать. Чувство долга очень развито у мазохистов.

Подросток-мазохистка склонна к жестокому сексуальному самоконтролю – она боится причинить стыд своей матери, очень строгой на этот счет. Девочка усваивает, что секс отвратителен, и ей придется выполнять длительную работу над собой, чтобы избавиться от этого верования. Одна школьница рассказала мне, какой стыд она пережила после того, как позволила целовать себя и касаться своего тела четырнадцатилетнему мальчишке. На следующий день, в школе, ей казалось, что все на нее смотрят, что все знают, что она натворила.

Теперь становится ясна терапевтическая цель – снять блок между реакциями накопления и смирения, ликвидировать застой, запустить нормальный ход чередования реакций. Самый широко распространенный и достаточно эффективный способ, который применяется для этой цели – кодирование. С пациенткой проводят разъяснительную работу о запретных для нее продуктах питания и необходимом для сброса веса каллораже (рациональный этап), а затем – интенсивный сеанс внушения. Выражаясь языком теории преодоления препятствия, ее переводят в фазу капитуляции – «пугают» с применением сильных сопутствующих средств воздействия (звук, медикаментозное воздействие – хлоралгидрат на корень языка и др.).

С нашей точки зрения, любое кодирование – неприемлемо, так как свободная воля пациента подавляется воздействием извне. Никаких личностных изменений при этом не происходит, и пациентка обречена на рецидив. При этом отмечено, что рецидив будет выражаться в еще большем накоплении жира, чем это было до кодирования.

Мы ставим своей задачей пустить ход реакций в нормальном порядке их чередования, т.е. за тревогой должно следовать смирение – в данном случае сравнение с прошлым опытом и принятие его. Тревога – всегда в будущем, печаль – эмоция фазы смирения – всегда в прошлом. Мы предлагаем вспомнить события прошлого, однако в этом случае имеем своей целью не печаль, а принятие прошлого опыта. «Да, у меня в прошлом происходили и приятные, и не совсем приятные события. Я осознаю вероятность того, что и в будущем могут произойти как те, так и другие. Вместе с тем, негативные события прошлого мне нужны для того (и только для того), чтобы в настоящем, столкнув-

шись с подобными обстоятельствами, действовать иным способом – «не наступать на те же грабли». Пока же этих обстоятельств нет, я живу «здесь и теперь»: расслабляюсь, если можно, а если обстоятельства требуют, концентрируюсь и преодолеваю препятствие!»

Это – рациональный этап воздействия, который, конечно же, сочетается с разъяснениями диетологических принципов ликвидации избыточного веса. Можно ограничиться этими мероприятиями, однако в этом случае придется установить рацион на уровне 750 ккал, который очень тяжело выдержать, хотя с применением «кембриджского питания» – вполне возможно. Это – экологически чистая (жесткий контроль токсинов, синтетиков, гормонов, радионуклидов, солей тяжелых металлов), безопасная для здоровья (15 г белка в порции, за 3 приема – полный рацион, обеспечивающий положительный азотистый баланс), полезная (снижение веса, нормализация всех обменов, повышение работоспособности, оздоровление и улучшение половой функции) пища. Она вкусная, разнообразная: 2 вида супов, 2 каши, 6 коктейлей, капучино, конфеты, легко усваивается. Правда, есть и недостатки: психологический (малый объем пищи) и физиологический (отсутствует клетчатка, так необходимая для перистальтики и для микробов кишечника). Вместе с тем, эти недостатки легко устранимы с помощью добавления овощей с большим количеством клетчатки и особенно зелени.

В случае если пациентка готова к относительно длительной работе с терапевтом (10-12 сеансов) и постоянной работе над собой, то возможен другой подход – через неосознанные механизмы регуляции обменных процессов. Эти процессы нарушаются из-за нарушения нормального хода чередования реакций в неосознанной части личности. Нормализовать этот ход можно, применяя в трансе недирективные методы воздействия, согласно методике **«Чередование различных признаков элементов пентаграммы У Син»**. В последующем пациентка обучается методам автотранса (с помощью различных медитативных техник) и в состоянии транса сама работает с цветами, образами аффирмациями или другими элементами самовоздействия.

Если пациентка успешно справляется с домашними заданиями – ежедневно не менее 20 минут работает в автотрансе, то вес начинает снижаться при рационе в 1500 ккал, который переносится без труда. В этом случае включается неосознанный механизм парасимпатического воздействия, описанный выше.

Описание признаков реакций чередования препятствий (первоэлементов)

Реакция накопления – Земля:

Время года – позднее лето.

Энергия – питающая, добрая, основательная.

Цвета – желтый, коричневый, телесный.

Части тела – селезенка, поджелудочная железа, желудок, мышцы.

Тип телосложения – округлость, упитанность.

Части лица – рот, щеки, место над губами.

Чувство – обоняние.

Вкус – сладкий (гасит тревогу).

*Эмоции – беспокойство, тревога, интуиция, **НАДЕЖДА**, спокойствие.*

Стихия – влажность.

Проявление – пение (?) – нытье, настороженность, молчание.

Форма – низкая, тяжелая, постоянная.

Потребности – комфорт, вещи, семья.

Ценности – помощь, стабильность.

Влечение – разность потенциалов, фрустрация (тревога).

Животное – олень.

Исчезает радость, прекращается действие адреналина, его избыток утилизируется под влиянием инсулина (тревога) в резерв (в печень) – эксперимент на футбольном матче: пока радость – гипергликемия.

Вместе с инсулином выделяются холергические медиаторы – дублирование действия ЦНС. Результат: энергия (питательные вещества извне), их превращение в источники энергии (глюкозу и жирные кислоты) и пластические вещества (аминокислоты).

На более высоком уровне тревога накопления исчезает, появляется спокойствие владения.

Реакция смирения – Металл:

Время года – осень.

Цвета – белый, любой металлический, жемчужный.

Энергия – холодная, сдержанная, аристократическая.

Части тела – легкие, кожа, волосы на теле.

Тип телосложения – тонкая кость, тонкая кожа.

Части лица – нос, скулы, родинки.

Чувство – осязание.

Эмоции – горе, печаль, растворение, **ПРОЩЕНИЕ**.

Проявление – плач.

Форма – круглая, квадратная, открытая.

Потребности – порядок, чистота, границы.

Ценности – прошлое, будущее, эстетика.

Вкус – острый.

Стихия – сухость.

Животное – обезьяна.

Печаль (грусть, тоска) – эмоция сожаления по прошлому (по Шильдеру, стремление к повторению). Здесь приобретается переносчик энергии – кислород. Характерны плач и вздох – «выдохнуть». Возможно, эту реакцию запускает избыток углекислого газа.

На более высоком уровне печаль невозможности повторения в реакции смирения сменяется принятием, признанием, присвоением любой новой ситуации и прощением.

Реакция капитуляции – Вода:

Время года – зима.

Цвета – черный, синий, бархатно-черный.

Энергия – глубокая, тайная, загадочная.

Части тела – почки, низ спины, колени.

Тип телосложения – крупные кости, широкие бедра.

Чувство – слух.

Части лица – уши, лоб, подбородок.

Эмоции – страх, мудрость, любовь (продолжение рода), **ВЕРА**.

Проявление эмоций – стон.

Форма – аморфная, изогнутая, дополнения.

Потребности – вода, одиночество, творчество.

Стихия – холод.

Вкус – соленый.

Ценности – истина, духовность.

Животное – журавель.

При переходе на более высокий виток спирали пяти элементов страх капитуляции трансформируется в реакцию расслабления. Капитуляция – результат страха за свою жизнь, а на более высоком витке вместо страха за себя (эгоизма) появляется беспокойство за других (семью, род, человечество) – альтруистические реакции. Страху здесь не может быть места, так как страх не даст возможности расширить сосуды (эрекция). К мета-

симпатической реакции подключается парасимпатическая и симпатическая.

Реакция концентрации–демонстрации – Дерево:

Время года – весна.

Цвета – зеленый, синий.

Энергия – активная, целеустремленная, напористая.

Части тела – печень, сухожилия, низ спины.

Тип телосложения – высокий жилистый или низкий подвижный.

Части лица – брови, надбровные дуги, челюсти.

Чувство – зрение.

Эмоции – гнев, воля, трансовое состояние, человечность.

Проявление эмоций – крик.

Форма – высокие колонны, деревья, небоскребы.

Стихия – ветер.

Потребности – деревья, растения, концентрация.

Ценности – работа, интенсивность.

Вкус – кислый.

Животное – кабан.

*Концентрация воли для возможности свершений – **ТВОРЧЕСТВА**.*

Есть глюкоза, кислород, АТФ, тироксин – все для экспансии. Нужна только команда. Если ее нет, печень утилизирует тироксин. Если она так и не поступает, происходят либо произвольные движения – судороги, либо тремор, либо утилизация печенью тироксина, а если вместо команды – тревога, тогда парасимпатика не дает тироксину усвоиться, его много в крови – тиреотоксикоз.

На высоком уровне вместо гнева и злости реакции концентрации появляется воля к свершению действий на благо людей, а иногда к бездействию для той же цели, что, по некоторым восточным воззрениям, более высокий и более трудный путь.

Реакция экспансии – Огонь:

Время года – раннее лето.

Цвета – красный, розовый, оранжевый, золотой.

Энергия – живая, импульсная, рассеянная.

Части тела – сердце, глаза, руки.

Чувство – вкус.

Вкус – горький.

Тип телосложения – стройность, красота.

Части лица – глаза, уголки губ.

*Эмоции – возбуждение, радость, благодарность, **ЛЮБОВЬ**.*

Проявление – улыбка, смех.

Стихия – тепло (розовеет и теплеет кожа)

Форма – углы, острота, ребра.

Потребности – свет, цвет, тепло, общение.

Ценности – развлечение, разнообразие.

Удовлетворение влечения, разрядка, выравнивание потенциалов.

Животное – тигр.

Эта реакция требует участия симпатической системы, дающей с помощью адреналина команду на расход запасенной, преобразованной и концентрированной энергии. Сам процесс быстрого освобождения энергии – источник радости («есть упоение в бою...»), он же – источник оргазма.

Когда на более высоком круге вместо яростной атаки препятствия к нему проявляется спокойно-позитивное отношение, приходит эмоция – благодарность («...благодарны слезы лить!»). Это благодарность за сам факт существования, за возможность любить и быть любимым.

В зависимости от индивидуальных особенностей пациента один или несколько описанных выше признаков реакции чередуются в правильном порядке, начиная с той реакции, в которой есть застой. В данном случае, при ожирении, мы начали с признака реакции накопления – элемент Земля.

Сахарный диабет 2-го типа (инсулинонезависимый)

Все начинается, как при алиментарном ожирении. Застой в реакции тревоги (накопление) – избыточно включается парасимпатическая система, гиперинсулизм продолжается, человек питается избыточно или включается синдром усиления функции кишечника (а часто и то, и другое). Нередко человек пытается заглушить тревогу алкоголем. Все это вместе заставляет гепатоциты печени перейти на преимущественное производство жира как для отложения в жировых депо, так и для собственных нужд (нужно много желчи для обеспечения максимального всасывания, а для ее образования нужны жирные кислоты). К тому же не очень нужен организму аварийный запас энергии в виде гликогена, ткани получают нужное им питание прямо из крови, в которой уровень глюкозы непрерывно возобновляется за счет усиленного всасывания. Отвыкшие производить гликоген и переполненные жирами гепатоциты не в состоянии быстро принимать избыток глюкозы. Хотя инсулина много, уровень сахара в крови начинает повышаться.

Возможен вариант, когда присоединяется конкретный страх и запускает еще один механизм – теперь уже симпатический, выделяется адреналин, который мобилизует глюкозу из остатков гликогеновых депо в печени, тем самым повышая и так уже высокий уровень глюкозы в крови. Это и есть, по нашим предположениям, психосоматический механизм формирования сахарного диабета 2-го типа (инсулинонезависимого). Это – болезнь тревоги и страха. По мнению Носсрата Пезешкиана, страх – реакция парасимпатическая. В данном случае, исключая вариант с адреналиновой гипергликемией, его идея находит подтверждение.

Развитие диабета 1-го типа (инсулинозависимого), вероятно, находится в связи с особым состоянием иммунной системы. Предшествующие вирусные инфекции могут служить пусковыми моментами. Вместе с тем, объяснения того, что только часть детей, переболевших вирусными инфекциями, заболевают диабетом, носят умозрительный характер. Они связываются с генетической предрасположенностью, однако доказательства этого неубедительны. Более частая заболеваемость в семьях диабетиков может объясняться стереотипными моделями воспитания. Мы считаем, что в этих случаях вирусный

агент сочетается с повреждающим агентом в психологической сфере. Этим агентом является чувство неосознанного одиночества в окружающем мире (отсутствие защищенности). Автор наблюдал случай излечения диабета 1-го типа средней тяжести течения через месяц после выявления уровня сахара в крови более 20 единиц. Девушка 16 лет после целого ряда тяжелых психотравмирующих событий остро заболела, ей был назначен инсулин в большой дозировке. К счастью, именно в этот момент она познакомилась с человеком, который сумел обеспечить ей психологическую защиту. По рекомендации психотерапевта она стала медленно снижать дозу инсулина, соблюдая жесткий диетический режим общих ограничений в питании (при соблюдении его полноценности) и повысив двигательную активность. В течение трех месяцев инсулин был снят, а уровень сахара в крови нормализовался.

Ожирение, нарушение жирового обмена, гиподинамия, но также кортикоиды, катехоламины и гормон щитовидной железы (антиинсулиновый гормон) считаются факторами манифестации сахарного диабета 2-го типа. Лечение ожирения имеет центральное значение в профилактике и терапии сахарного диабета этого типа.

Существуют психосоматические связи, поскольку увеличенный выброс катехоламинов при психической и физической нагрузке через торможение высвобождения инсулина из бета-клеток поджелудочной железы может вызывать изменение обмена углеводов в направлении диабетического модуса. Доказано, что эмоциональный стресс через усиленную симпатико-адренэргическую стимуляцию может приводить к повышению уровня сахара в крови и выделению его с мочой. В то время как у здоровых гипергликемия вскоре восстанавливается, при диабете этого не происходит.

КАРТИНА ЛИЧНОСТИ

Диабетик знает, что, по меньшей мере, в одном секторе его гомеостаз неудовлетворительно регулируется. Отсюда возникает чувство неуверенности. Хронический дефект может негативно влиять на жизненную стратегию диабетика. Часто он организует всю свою жизнь вокруг своего страдания.

Различие между взрослыми больным (тип 2) и больными юношеским диабетом (тип 1) заключается в том, что взрослые не представляются выражено подверженными страхом, хотя тенденции к скрытой депрессии несомненны. Личностные черты, достигающие шизоидности, скорее присущи для больных юношеским диабетом, при нагрузках здесь характерны отрицание и избирательное восприятие проблем.

Вот обобщенные черты психологического портрета диабетика:

1. Конфликты и неоральные потребности удовлетворяются с помощью еды. Может проявиться обжорство и возникнуть ожирение, вслед за чем наступает длительная гипергликемия, а затем – истощение инсулярного аппарата.

2. Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при утрате любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым, независимо от поступления пищи, соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.

3. Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиваться диабет.

Несмотря на это, не существует какого-либо определенного диабетического личностного типа и возникновение заболевания нельзя объяснить исключительно с помощью психодинамических моделей, существуют психические факторы, в особенности при 1-м типе сахарного диабета, существенно влияющие на течение и терапию. Особое значение имеют свойственные этим больным чувства незащищенности и эмоциональной заброшенности. Кроме того, встречаются пациенты с сильным желанием заботы о себе, которое порождает «амбивалентные тенденции тревоги, беспокойства, страха, с одной стороны, и стремления к покою и защищенности, с другой».

Иногда это – очень преданный человек, но желания его нереальны. Он старается позаботиться обо всех, кто попадает в поле его зрения, и винит себя за то, что жизнь у других людей идет не так, как он задумал. Для больного диабетом характерна интенсивная умственная деятельность, так как он постоянно думает о том, как реализовать свои планы. Но за всеми этими планами и желаниями скрывается глубокая грусть, вызванная неудовлетворенной жаждой нежности и любви.

Можно полагать, что у ребенка диабет возникает, когда он не чувствует достаточного понимания и внимания со стороны родителей. Грусть и печаль создает пустоту в его груди, а природа не терпит пустоты.

Для психотерапевта результатом этих рассуждений должен стать четкий план коррекции мышления пациента. Ясно, что целью такой коррекции является переформирование катастрофических установок в позитивные, а применяемые для этой цели техники значения не имеют и зависят от личности пациента и терапевта, их пристрастий и характера отношений.

Поскольку в развитии диабета все начинается с **тревоги**, то диабет напоминает человеку о том, что пришло время расслабиться и прекратить по-

пытки контролировать абсолютно все. «Почувствуй сладость настоящего вместо мыслей о будущем». Итак, начинается все, как и при ожирении, – с **тревоги**. Затем, фаза **смирения** пропускается, а в фазе капитуляции – **страх**, вместо **расслабления**. **Страх** парализует деятельность печени по приему глюкозы и преобразованию ее в гликоген, включаются только долгосрочные запасы в виде жира. Сахарный диабет 2-го типа – это всегда болезнь ожирения. Дальше процесс идет в виде повышения **концентрации** глюкозы, а **экспансия** минуется. Высокая концентрация глюкозы выражается телесными проявлениями застоя (диабетическая гангрена, ретинопатия, гипертония и другие осложнения). Заболевание развивается в треугольнике: тревога–страх–гнев (рис. 23).

При диабете 1-го типа имеет место значительное дополнительное воздействие гормонов расхода энергии (дофамины) без фактического ее расхода. Тревога и страх есть, концентрация сахара и адреналина, вызывающего гликогенолиз, есть, а команды на расход – нет, агрессия подавлена, запрещена. По всей видимости, на уровне психосоматики разница между типами диабета заключается только в особенностях течения реакции концентрации: при 2-м типе – это повышение концентрации глюкозы из-за чрезмерной парасимпатической реакции (ожирения), а при диабете 1-го типа к этому добавляется симпатическая реакция скрытой агрессии, проявляющаяся высокой концентрацией адреналина. Нарушается взаимодействие этих двух систем: в первом случае – в пользу превалирования адреналина над инсулином, во втором – инсулина над адреналином. А причина в обоих случаях одна – повышение концентрации глюкозы.

В прошлом больного сахарным диабетом есть нечто, вызывающее у него вину и обиду. Пусть примет это все и простит: простит и себя, и других. Здесь акцент ставится на работе в фазе смирения. Второй акцент – экспансия, целенаправленная деятельность, в том числе физическая.

Практика показывает, что сочетание рациональной работы, диетотерапии и специфических двигательных упражнений (даже без вмешательства на уровне неосознанного) позволяет получить очень высокий терапевтический эффект и в ряде случаев отказаться от применения инсулина.

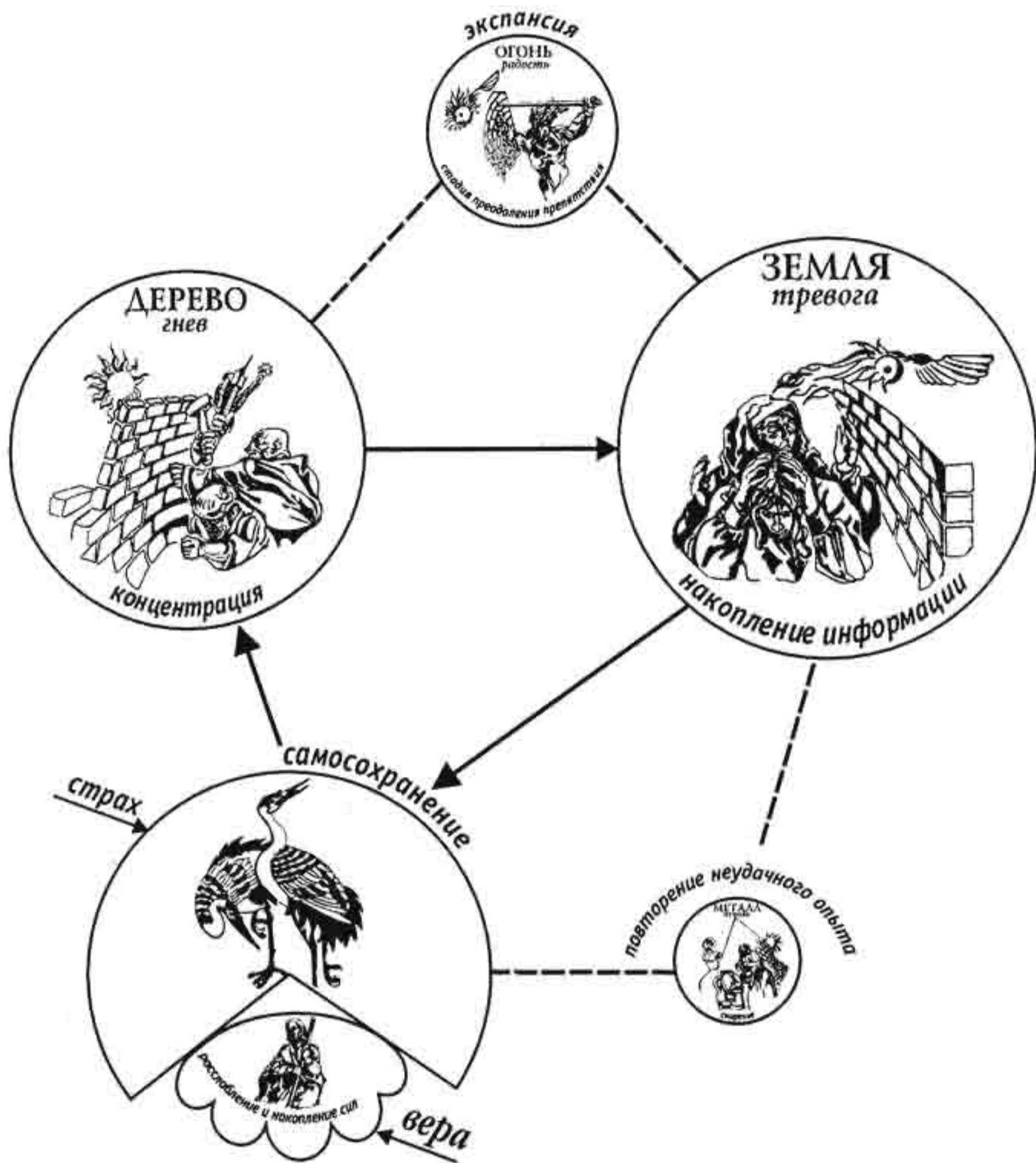


Рис.23. Диабет

Психотерапия онкологических заболеваний

Нет смысла долго говорить о значении проблемы борьбы с раком: как его лечения, так и профилактики. Социальный смысл этой проблемы еще и в том, что часто мучительная для пациента и его родственников смерть от рака приводит к широкому распространению канцерофобии и фобии смерти вообще. Смерти боятся почти все, этот страх – основа инстинкта самосохранения, а вот панический ужас при каждой мысли о смерти и в связи с этим вытеснение подобных мыслей – основа для фобии личной и фобии в обществе.

С самого начала хотим подчеркнуть, что мы ни в коем случае не призываем отказаться от существующих хирургических, терапевтических или радиологических методов лечения. Разрушающее воздействие на атипические клетки, а еще лучше стимулирующее – на механизмы иммунной реакции на них, вне всякого сомнения, необходимо. Данные методы на наших глазах совершенствуются, и процесс этот никому не остановить.

Вместе с тем, наблюдения показывают, что есть еще «каналы» входа в эту сложнейшую голографическую систему – человек. Не воспользоваться возможностями воздействия через эти каналы – непростительная ошибка!

Начнем с характеристики защитных процессов, охраняющих нас от вторжения чужеродного генетического материала, порожденного мутациями клеток собственного организма. При таком невообразимо большом числе делений клеток, которое каждую секунду происходит в организме, ошибки в воспроизводстве составляющих клетку белков неизбежны. Для коррекции ошибок существует множество механизмов. Один из таких частных механизмов описан в книге Рональда Глассера «Человеческий организм – герой». При пересадке почки пациенту произошел редкий случай: несмотря на то, что было сделано все возможное, чтобы удостовериться в здоровье донора, почка с незамеченными раковыми очагами была пересажена человеку, который в течение некоторого времени принимал лекарства, подавлявшие его иммунную систему. После операции ему продолжали давать иммунодепрессанты, чтобы, подавляя иммунитет организма, не допустить отторжения почки. Еще через несколько дней во время плановой рентгеноскопии грудной клетки больного была обнаружена опухоль. Еще день спустя аналогичная опухоль была обнаружена и в другом легком. В ходе срочной операции оказалось, что верхняя половина пересаженной почки стала в три раза больше,

чем нижняя. Анализ тканей разросшейся половины показал, что они полны злокачественных клеток. Врачи заключили, что новообразования в легких являлись метастазами. Удивление вызвала та скорость, с которой росли опухоли. Новообразования, для роста которых в нормальных условиях потребовались бы месяцы или даже годы, развились всего за несколько дней. Врачам не оставалось ничего иного, как перестать давать больному иммунодепрессанты. За те несколько дней, в течение которых иммунная система пациента приходила в норму, новообразования в легких начали исчезать, а пересаженная почка стала уменьшаться в размерах.

Но как только организм больного перестал получать лекарства, врачам стало ясно, что, отторгая раковые клетки, он стал одновременно отторгать трансплантированную почку. У врачей не было выхода, они не могли подвергать пациента риску и, опасаясь возможности возвращения рака, больше не назначали лекарств, подавляющих иммунитет. Рак был побежден, но и почка оказалась отторгнутой. Ее удалили, и пациент был вынужден вернуться к постоянному гемодиализу. Он остался жив, и никаких признаков рака у него больше не наблюдалось.

Так подтвердилась теория сдерживания, согласно которой непрерывно появляющиеся раковые клетки подавляются механизмами иммунитета.

Мы не ставим здесь задачу подробно разобраться в современных взглядах на эти механизмы. Мы хотим выяснить: почему, страдая одним и тем же заболеванием, одни больные выздоравливают, а другие – умирают? Иногда пациенты, утверждавшие, что хотят жить, вели себя так, словно жизнь им была в тягость. Больные раком легких, например, не бросали курить, а те, у кого был рак печени, продолжали пить.

Некоторые смертельно больные люди, которых выписывали из больницы после минимального лечения, не надеялись, что доживут до следующей назначенной встречи, но они еще многие годы являлись раз в полгода или в год на очередное обследование и, вопреки всякой статистике, оставались в достаточно хорошей физической форме. Когда их спрашивали, чем они объясняют свое хорошее самочувствие, они отвечали примерно так: «Я не могу умереть, пока мой сын не закончит колледж», «Без меня вся работа остановится». В этих объяснениях красной нитью проходило убеждение – вера, что они имеют какое-то влияние на течение болезни.

Один из видов убеждения – ожидание результата. Это – надежда. Нет ожидания результата – появляется безнадежность. Этим же объясняется эффект плацебо. Люди с высоким ожиданием положительного результата получают облегчение.

Форма убеждения – это нечто вроде веры, убеждения часто не совпадают с реальностью, и пациент не знает, что есть реальность. Убеждения срастаются с «Моим Ты», как кожа с «Телом». Приведем пример из практики Абрахама Маслоу. Один из его пациентов был убежден, что он – труп. Тогда врач спросил у него, бежит ли у трупов при уколе кровь. Пациент ответил отрицательно, но когда его укололи иглой и кровь потекла, он сказал: «Оказывается у трупов кровь тоже бежит». Изменить убеждение любого человека – переубедить – трудно всегда, но особенно трудно это сделать, если человек пережил травму предательства и «надел» маску «ригидного».

Психологические данные

Основываясь на обследовании 100 больных раком, Эванс делает вывод, что незадолго до начала развития болезни многие из них утратили значимые для них эмоциональные связи. Она считала, что все они относились к психологическому типу, склонному связывать себя с каким-то одним объектом или ролью (с человеком, работой, домом), а не развивать собственную индивидуальность.

Лешен выделяет у онкологических больных четыре основных момента:

1. Юность пациента была отмечена чувством одиночества. Слишком большая близость с другими людьми вызывала у них трудности и казалась опасной.

2. В ранний период зрелости эти пациенты либо установили глубокие, очень значимые для них отношения с каким-то человеком, либо получали огромное удовлетворение от своей работы.

3. Затем эти отношения или роль исчезли из их жизни. В результате снова наступило отчаяние.

4. Одной из основных особенностей этих больных было то, что их отчаяние не имело выхода, они переживали его «в себе».

Яркой особенностью студентов, заболевших раком, было глубокое переживание ими отсутствия близости с родителями. Они редко проявляли сильные чувства и обычно были в плохом настроении.

Как для мужчин, так и для женщин огромную роль сыграли потеря или угроза смерти матери, а для мужчин – человека, «заменяющего мать», например жены. Другим важным эмоциональным событием для женщин является наступление климакса или изменение домашних обстоятельств, а для мужчин – потеря работы или реальная возможность ее потерять, а также выход или приближение срока выхода на пенсию.

Одно из самых удивительных открытий в области онкологии было сделано при сравнении заболеваемости раком в различных группах больных,

находящихся в психиатрических лечебницах. Были обследованы две группы пациентов с разными формами шизофрении – кататонической и параноидной.

Кататония – больные изолируют и защищают себя от внешнего мира. Представители этой группы очень редко болеют раком. Больные с параноидным синдромом, наоборот, чрезмерно чувствительны к реакциям окружающих. Часто они подозревают, что все окружающие участвуют в заговоре против них. Уровень заболеваемости раком среди параноидных больных выше, чем среди обычных людей. Создается впечатление, что способность кататонических больных закрываться от внешнего мира каким-то образом защищает их от факторов, влияющих на развитие рака, тогда как у параноидных больных такой защиты нет. Ни одна из этих теорий сама по себе не может полностью объяснить возникновение рака. Однако у них есть то общее, что подводит нас к пониманию одной из причин рака, а именно – подавление естественного механизма, защищающего организм от этого заболевания. Случай с кататонией показывает, что устойчивость этих механизмов зависит от степени воздействия окружающего мира. И в жизни мы видим, что «люди, которым все до лампочки», почти никогда не болеют раком.

Связь между голографическими частями просматривается и здесь: процессы идут одни и те же, а проявляются больше в какой-то одной из частей. Что это за процессы? В результате тяжелых потерь (человека, любимого дела, веры) после реакции накопления (в данном случае негативной информации и негативных эмоций) у человека может появиться один из видов страха (витальный, экзистенциальный – страх перед жизнью, ее сложностями и непредсказуемостью). Психотравмирующая ситуация продолжается, замены потере, нет и (!!!) человека охватывает чувство безнадежности (отчаяние). Надежда – это способность человека представлять себе в будущем нечто, что доставит ему удовольствие. Жить, не видя впереди ничего хорошего, **«Мой Ты»** не может, ведь **«Мой Созидатель»** и **«Мой Разрушитель»** могут жить только по принципу получения удовольствия. И поскольку психическая энергия может поступать из них только в виде либидо, то, лишенный надежды на удовольствие, **«Мой Созидатель»** перестает эту энергию подавать. **«Мой Ты»** принимает решение не жить. В этом случае включается разрушительная программа, программа самоуничтожения (мортидо). В теле эта программа реализуется снижением напряжения механизмов иммунитета. В легких случаях – это затяжные острые респираторные заболевания (скорее всего, это реакции демонстрации: «Смотри, мама, я могу умереть, если я не получу любви, тепла и внимания»). В тяжелых случаях – это полный отказ

механизмов иммунитета, формирование злокачественной опухоли. Поскольку фундаментальный разрушительный механизм в теле представлен апоптозом, блокируются уравнивающие его механизмы. Главная клетка, регулирующая иммунитет, – макрофаг – подает остальным иммунокомпетентным клеткам команду: «пропустить раковую клетку!» Подавляются реакции накопления, принятия, концентрации и экспансии. Вся трагедия разворачивается в фазе капитуляции. В данной фазе **страх** (эмоция этой фазы), **безнадежность** включают механизм гомеостаза, свойственный этой фазе – апоптоз, прежде всего иммунных клеток. В фазе **концентрации** начинается безудержная пролиферация, как проявление агрессивного начала, непрерывно нарастает масса атипичических клеток. **Страх подавляет радость**, прекращают выделяться гормоны радости – эндорфины, процесс идет только в двух фазах: капитуляции и демонстрации – «фантомный» вариант экспансии. **«Тело»** говорит всем окружающим демонстративным языком: «Смотрите, мне уже незачем жить. Моя программа закончена преждевременно, я в отчаянии, так как не вижу выхода!»

«Сознательный Я» утверждает, что делает все для того, чтобы жить: ведь он так нужен своим близким, своему делу, он так привязан ко всему, что его окружает. И вместе с тем, это – только маска, **«Ты»** решение принял и **«Тело»** приступило к его выполнению. Человек во всех его частях способен к изменениям. Может он изменить и свои убеждения, с трудом, но может. И вот под влиянием других людей, обстоятельств или собственной внутренней работы человек вновь обретает **надежду**. Появляется в его жизни новый человек или новое дело, для которых стоит жить. И вновь включается **«Мой Созидатель»**, работают механизмы иммунитета – человек выздоравливает. Кто может знать, сколько раз каждый из нас, может быть, болел и выздоравливал. Ведь надежда могла возвратиться в тот момент, когда проявлений заболевания еще не было.

Но вот другая ситуация: заболевание обнаружено, диагноз болезни поставлен и, хотя надежда вернулась, она теряется вторично – если вначале отсутствовала надежда преодолеть психотравмирующую ситуацию, то теперь исчезает надежда избавиться от злокачественной опухоли. Если это двойная безнадежность, то она приводит к очень быстрой генерализации заболевания (рис. 24).

В людях живет такой сильный страх перед раком, что как только они узнают, что у них болезнь онкологического характера, очень часто это становится главной характеристикой этих людей. Человек может играть в жизни множество ролей: быть родителем, начальником, возлюбленным, может обладать какими угодно качествами – умом, обаянием, чувством

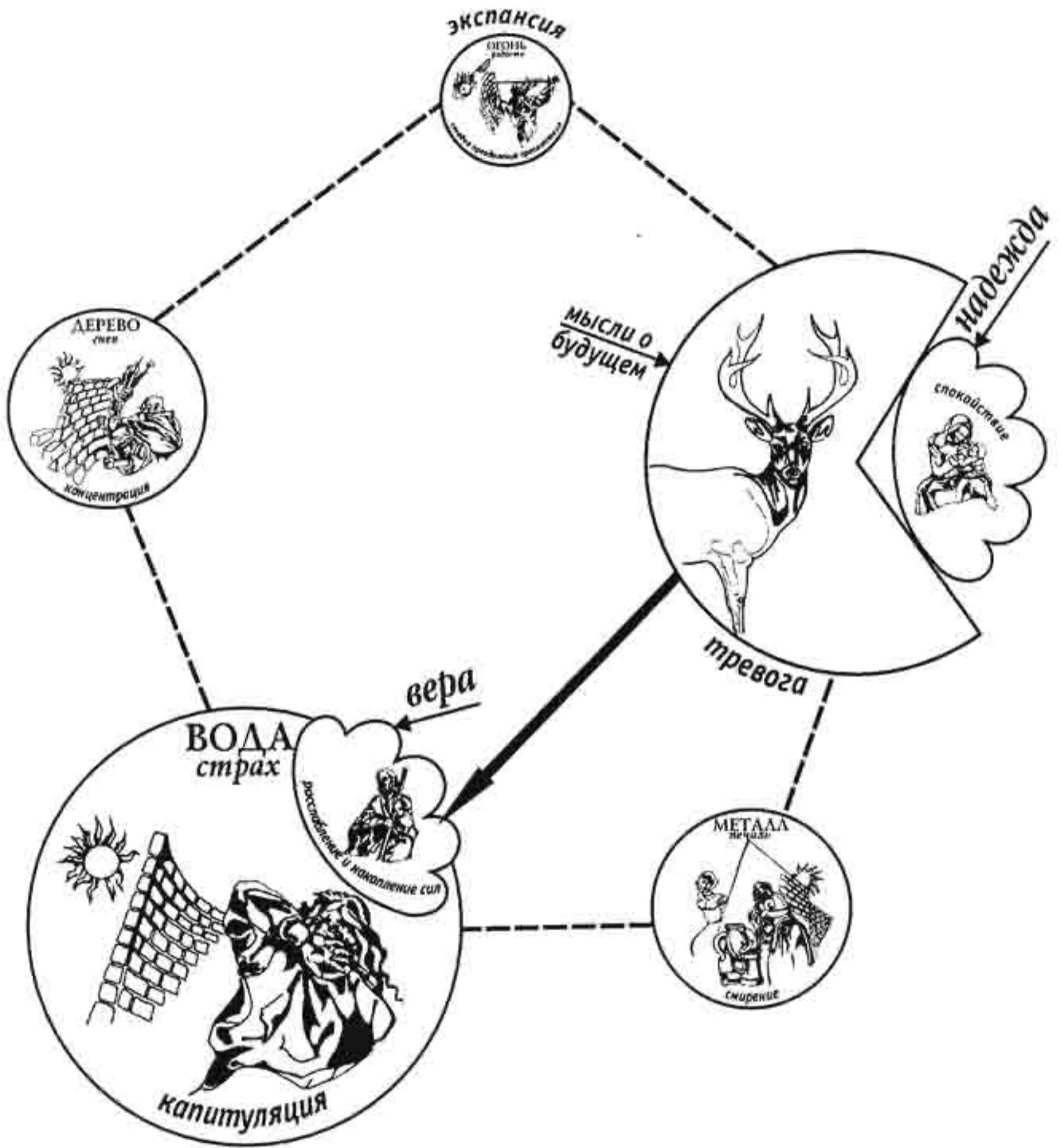


Рис.24. Онкология

юмора, но с этой минуты он становится «раковым больным». Вся его человеческая сущность вдруг заменяется одним – болезнью.

Рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые осложнились или усилились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная эмоциональная реакция – ощущение своей беспомощности, отказ от борьбы – приводит в действие ряд физиологических процессов, которые подавляют естественные защитные механизмы организма и создают условия, способствующие образованию атипичных клеток.

Мы утверждаем на основе собственных наблюдений и выводов других, прежде всего, американских психотерапевтов, что шансы на выздоровление онкологического больного во много раз увеличиваются, если благодаря воздействию врача в «Его Ты» появляется надежда.

Хирург входит в палату к пациенту, полностью уверенный, что он с его патологией справится. Он всем своим видом и демонстрацией большого числа клинических примеров, когда после его вмешательства пациенты полностью выздоравливают, вселяет в пациента надежду на выздоровление. Относит же все свои успехи он только на счет своего мастерства. Нет сомнения в том, что если будет проявлено сомнение в успехе, если будет сказано, что «я попытаюсь вам помочь», рассчитывать на выздоровление не приходится. Настоящий врач всегда, пусть часто неосознанно, применяет психосоматический подход.

Вы можете посчитать, что таким образом во врачей, их пациентов и родственников вселяется «неоправданная надежда», а утверждая, что человек способен повлиять на ход своего заболевания, им внушается вера в нереалистичные перспективы. Действительно, течение рака настолько отличается у разных людей, что мы никогда не осмелились бы давать какие-либо гарантии. Здесь всегда существует некоторая неопределенность, впрочем, как и при традиционном лечении. Однако мы считаем, что относится к неопределенности с надеждой вполне оправданно.

В работе Дилтса приводится пример: было взято 100 интервью у вылеченных от рака больных (10 лет без рецидивов при гистологически подтвержденном раке). Методы лечения были самые разные: хирургические, химиотерапия, радиология, фитотерапия, духовное лечение (двое пациентов лечились ваннами в священном источнике Лурда). Общим для всех пациентов было одно – **вера** в то, что проводимое лечение им поможет.

Вот еще одно подтверждение данной точки зрения. В 1950 г. кребиозен был широко разрекламирован в США как сенсационное средство, «излечи-

вающее» рак. Испытание этого препарата проводила Американская медицинская ассоциация, в частности доктор Клопфер.

У одного из пациентов доктора Клопфера была лимфосаркома – генерализованное, запущенное злокачественное новообразование с поражением лимфатических узлов. Когда пациент узнал, что доктор Клопфер участвует в испытаниях кребиозена, он стал просить назначить ему это лечение. Клопфер согласился, и пациент поразительным образом выздоровел. За очень короткий период опухоли сильно уменьшились, и он смог вернуться к нормальному образу жизни, вплоть до управления личным самолетом.

Но когда в средствах массовой информации стали появляться сведения об отрицательных результатах испытаний кребиозена, состояние нашего пациента резко ухудшилось. Клопфер, посчитав, что ситуация оправдывает применение необычных мер, сказал больному, что получил новую партию сверхочищенного и сверхсильного кребиозена, который будет более эффективен. На самом же деле пациенту стали делать инъекции дистиллированной воды. На этот раз выздоровление оказалось еще более удивительным.

Когда в печати были опубликованы новые данные по поводу кребиозена, а именно, что «испытания, проведенные в государственном масштабе, показали, что кребиозен совершенно неэффективен против рака», этот пациент умер через несколько дней.

Для того чтобы переформировать убеждения, нужно знать, что они собой представляют в каждом конкретном случае. Самой трудной задачей будет восстановить надежду, потеря которой связана с потерей значимого человека или дела. Если человек сам сделать этого не мог, значит, он не видит выхода, не может заменить этот объект, не видит выбора в пользу другого человека или дела. Он не мыслит своей жизни без них, потерял экзистенциальный смысл, смысл существования. Дальше – мрак абсолютного одиночества, и от этого наваливается такой страх, что лучше не жить. Но убеждения не позволяют распорядиться своей жизнью сознательно, и тогда включается бессознательное **«Мое Ты»**. Очень мягко, ненавязчиво, в недирективном трансе таким пациентам нужно с помощью образов-метафор внушить мысль о бесконечном разнообразии жизни, о многих смыслах ее отдельных моментов, мысль о ценностях познания и переживания. В логотерапии Франкла четко показано, что ценности созидания, которые пациент считает утраченными, не единственные. Разбудить в пациенте любопытство – это уже шанс к успеху.

Характер работы с отчаянием первого рода (потеря смысла существования) отличается от работы с отсутствием надежды на выздоровление. Это связано с тем, что первое находится за гранью осознания (глубинная про-

блема), а вторая – вполне конкретна. В этой связи первая проблема по желанию пациента должна быть выведена на уровень осознания. Отношение к психотравме следует подвергнуть анализу, а затем недирективным путем (например, вращая круг У Син) добиваться результата в виде универсальной последовательности чередования реакций. Здесь будут очень уместны все метафоры с возрождением, пробуждением жизни, с весной – это все символы реакции концентрации, к которой пациенту нужно перейти на утонченном уровне воли. Здесь также будут уместны воздействия разными оттенками зеленого цвета, особенно салатным и изумрудным. Будут полезны рассказы о жизни людей, которые нашли в себе силы вернуться к жизни в самых безнадежных ситуациях (Суворов – доктор психологических наук, американка Элен Кеплер – педагог и поэтесса – оба слепоглухонемые).

Бывает, что пациент окончательно и даже осознанно принял разрушительную программу. В этих случаях ни о чем догадываться не придется: он сам расскажет вам о том, что жизнь после такого-то события потеряла для него смысл. Это его выбор. По всей видимости, если решение осознанно, к нему нужно отнестись с уважением. Впрочем, это – исключение. В большинстве же случаев решение будет неосознанным, тогда и терапевтам, и родственникам нужно предпринять все, чтобы как можно быстрее вернуть надежду, хотя бы в виде любопытства.

Зная механизмы психосоматических взаимодействий, мы можем выстроить модель их психотерапевтической коррекции. Эффективность лечения можно многократно повысить, если целенаправленно вести работу по восстановлению надежды. Базой для этой работы являются **любовь, вера, прощение** себя и других, **воля**. Поскольку все эти качества – качества неосознанного, большей частью, по утверждению Ассаджиоли, Сверхсознательного, т.е. «Сверх Я», работать с ними на рациональном уровне практически бессмысленно. Поэтому терапевтической задачей является доступ к механизмам бессознательного, для чего необходимо использовать трансовые и метафорические способы воздействия.

Рациональная работа необходима для того, чтобы убедиться, что слова, произносимые терапевтом, вызовут у пациента направленные на восстановление надежды ассоциации, другими словами, приступая к трансовой работе, нужно предварительно создать общий язык.

В ходе работы, направленной на возрождение надежды на выздоровление, богатый опыт американской школы психотерапевтов рекомендует визуализацию опухоли и способов уничтожения ее. Эта новая безнадежность исходит из представления о раке, существующее сегодня в обществе, которое можно свести к следующему:

1. Рак означает смерть.

2. Рак нападает на человека извне, и бороться с ним невозможно.

3. Лечение, будь то радиотерапия, химиотерапия или оперативные методы, всегда переносится с большим трудом, редко приводит к хорошим результатам и часто сопровождается нежелательными побочными эффектами.

Задача терапевта на этом этапе болезни – заменить отрицательные установки общества положительными:

1. Рак не обязательно смертелен.

2. Собственные внутренние ресурсы организма могут бороться с раком, чем бы он ни был вызван.

3. Лечение может быть союзником внутренних ресурсов организма.

Чтобы больной мог изменить свою идентичность (понимание, кто он такой) или ограничивающие убеждения (понимание, на что он способен) он должен:

1) знать, как это делать;

2) чувствовать убежденность относительно того, какой результат будет получен;

3) быть убежденным в том, что изменения возможны.

Обещания себе часто не приносят пользы потому, что стратегия получения чувства не имеет ничего общего с тем, что человек говорит себе. Ведь говорит **«Сознательный Я»**, а чувство рождается эмоцией в виде образа **«Моего Ты»**. Часто люди получают чувство из внутренних образов; полезно знать, какого вида эти изображения. Необходимо иметь больше количественной поведенческой информации. Важнее знать, что менять, чем – как.

В детстве мы утверждаем, что событие произошло в действительности, а на самом деле это был сон или фантазии. И сейчас мы часто утверждаем, что что-либо говорили, а на самом деле только хотели сказать. Наш мозг не видит разницы между выдуманным и пережитым опытом.

Дилтс пишет: «Чтобы изменить поведение, я должен подняться над ним, оценить его и руководить изменениями с уровня способностей. Чтобы изменить способность, я должен подняться на уровень убеждений – веры в то, что я могу это сделать. Чтобы изменить убеждение (с «я не могу» на «я могу»), необходимо подняться на уровень идентичности – стать другим. А чтобы стать другим, нужно подняться куда-то выше – уровень духовный». Это – миссия.

Доказано, что излечение от многих страшных болезней требует глубинного изменения личности, для того чтобы обрести смысл жизни и желание жить. Это не обязательно религия, но обязательно – мировоззрение. Инте-

ресное совпадение – в медицине исчезновение симптомов болезни носит название «ре-миссия».

Когда человек разрушает чувство неудачи, он должен с уровня способностей «я не могу» подняться как можно выше – «я не могу, потому что это не мое», и еще выше: «если я сделаю это, то это буду не я». Разрешить своему «Я» стать другим можно только с уровня духовности. И если неудача привела человека к тому, что он осознал влияние более высокого уровня – это не неудача, это – успех.

Когда Иисуса спросили о важнейшей из заповедей, он не сказал: «Не делайте того-то и того-то», он сказал: «Возлюби Господа своего всем сердцем своим, всем умом своим, всей душой своей и всеми силами своими». Духовная цель – Господа, всем сердцем – убеждения, всем умом – способности, всей душой – идентичность и всеми силами – поведение. Это – выравнивание всех уровней. Вторая заповедь Христа: «Возлюби ближнего своего, как самого себя». Это умение принять и видение мира другого человека и дорожить им. Но если я раздираем конфликтами и сам себя ненавижу, то я буду относиться к своему ближнему так же, как к себе – с ненавистью. Иными словами, важнее всего внутренний покой – Внутренняя Конгруэнтность (полное совпадение того, что я чувствую, с тем, что я думаю, говорю и делаю).

Нам стоит заглянуть в себя, вспомнить тяжелое испытание и найти в себе ту самую личность или то убеждение, которое приказало: «Дерзай». И как сказал Иисус: «Имеющий веру в малое, имеет и в большое». Данный опыт и стратегию, которая за ним стоит, можно «заякорить» и использовать эти ресурсы в других случаях жизни. Нужно искать ресурсы, например, дружбу с человеком, на которого вы не очень рассчитывали, а он вас выручил. Приятные воспоминания детства – велосипед, научивший сохранять равновесие и давший ощущение полета.

Всех нас держат в определенных поведенческих рамках неосознанные нами убеждения. Когда у человека обнаруживают серьезную болезнь, он впервые в жизни разрешает себе многое такое, что никогда бы не допустил, будь он здоров.

Под страхом смерти начинают... жить

(Интервью доктора Берни Сигеля Александру Блэр-Эварту)

Справка: Сигель Берни – американский врач, сторонник нового направления в медицине, которое получило название «Самоисцеление».

– Как найти толчок, пробуждающий в людях интерес к себе?

– Думаю, мне удастся вас расшевелить, если я скажу, к примеру, что через полгода вы умрете от СПИДа или рака. Конечно, это сообщение может подействовать на вас так, что вы не проживете и недели. Однако в большинстве случаев стоит лишь напомнить о возможной близости смерти, чтобы человек открыл вдруг в себе невероятные способности и буквально бросился применять их – просто потому, что «времени больше не будет». Это напоминание жестоко, но другого пути, по-моему, нет. Люди часто говорят: «Я ненавижу свою работу, хотя занимаюсь ею уже 15 лет», «Я никогда не хотел быть юристом», «Профессия врача не для меня», «Моя семейная жизнь убивает меня». Когда эти люди узнают, что они неизлечимо больны, они в большинстве своем вовсе перестают ходить на работу. И это не значит, что они стали эгоистами. Они рассуждают так: «Я никогда не хотел быть юристом. Я ненавижу свою работу. Зачем же я туда пойду? Не пройдет и года, как я умру. Так лучше я займусь тем, что меня радует. Я исправлю свою семейную жизнь. Я вернусь в колледж. Я буду играть на скрипке». Спустя год они говорят: «Знаете, а ведь я не умер. Доктор говорит, что моя опухоль исчезла. Странно, что же произошло?» На самом деле они хорошо понимают, что произошло: они начали жить, и одним из побочных результатов этого стало их выздоровление.

– То есть, чувствуя, что жизнь не приносит счастья, нужно немедленно изменить ее, хотя бы для предотвращения болезни?

– Да. Это условие долгой, здоровой жизни. Но, заметьте, я не призываю стать эгоистом. Я предлагаю всем найти свой собственный способ любить мир. Можно остаться на работе, но при этом принять решение быть счастливым. Так что все дело во внутренней установке.

– Бывает ли, что метод не срабатывает?

– Если ничего не меняется, надо сказать себе: «Я отвлекусь от этой ситуации, не стану беспокоиться из-за нее и все равно буду любить». Важна любовь сама по себе, любовь как образ жизни, безусловная любовь: любить – значит отдавать, не ожидая ничего в ответ. И через некоторое время вы почувствуете, что счастливее вас человека нет. И когда говорят: «Я любил, но мои соседи, моя семья отказали мне во взаимности», – я смеюсь и отвечаю: «Я имею в виду совсем другое. Вы считаете часы, отданные лю-

бимым, и ждете, чтобы вам их вернули. Но это абсурд». Превращая отношения в тяжкую обязанность, мы накапливаем обиды и ненависть, которые нас же и убивают.

– Но как постичь то интуитивное «Я», о котором вы говорите?

– На своих семинарах я задаю вопрос: «Если бы сейчас в комнате появился Бог и сказал: «Я хочу, чтобы ты был счастлив всю оставшуюся жизнь», что бы вы сделали?» Большинство взрослых буквально теряются, не зная, что ответить.

– Скажите, как вы пришли к таким убеждениям?

– Я не был счастлив как врач. Вероятно, какие-то черты моей личности не соответствуют типичным свойствам хирурга или терапевта. Но вот однажды, на каком-то сеансе психотерапии, мне встретился мой пациент, больной раком. Удивившись тому, что он занимается лечением, не предписанным мною, я спросил его об этом. Он ответил: «Свободное от посещений вашей клиники время мне посоветовали проводить на таких сеансах. И знаете – помогает!» Я помню, как меня тогда осенило: «Так вот что необходимо людям!»

– И что же вы сделали?

– В 1978 году мы начали создавать группу людей, чтобы помочь им жить. Но самым неожиданным было то, что когда наши слушатели приводили в порядок свою жизнь, они выздоравливали, а те, кто, казалось бы, обречен, продолжали жить и чувствовали себя лучше. Никто из них не заботится специально о том, чтобы выжить. Никто из них не говорит: «Через полгода я должен умереть, но приложу все силы к тому, чтобы выжить». Напротив, они говорят себе: «Предположим, что через полгода я умру. Что ж, значит, прямо сейчас я должен начать жить». И одним из следствий такой установки является то, что когда звонишь им через некоторое время, они подходят к телефону и говорят: «Да, я жив. Нет, я не стремился непременно выжить. Я просто начал жить».

Для конкретной терапевтической работы американские психотерапевты, в основном специалисты НЛП, предложили целый ряд оригинальных методов-упражнений. Рассмотрим несколько таких упражнений.

Упражнение: ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВОЕЙ РОЛИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Цель упражнения: довести до сведения пациента, что болезнь пришла не из внешнего мира, а сформирована отношением его внутреннего мира к событиям внешнего.

1. Выпишите на листик бумаги пять основных стрессовых ситуаций, с которыми вы столкнулись в период от полугода до полутора лет.

2. Если вам удалось определить в своей жизни серьезные внешние или внутренние стрессы, попробуйте решить, какое участие вы приняли в этих ситуациях: активной была ваша роль или пассивной.

3. Выделите пять основных стрессовых ситуаций, которые вы переживаете в настоящий момент.

4. Позволяете ли себе выражать чувства по поводу стрессовой ситуации?

5. Задумываетесь ли вы над тем, в чем заключаются ваши собственные интересы?

6. Сравните, как вы реагировали на стресс до заболевания и как – сейчас.

7. Сделайте вывод, в какой период времени ваше отношение было неадекватным.

Именно те, кто стремится придерживаться выработанных обществом норм поведения, наиболее часто заболевают тяжелыми болезнями. Онкологических больных описывают как людей «чистейшей души», добрых, чутких, лишенных эгоизма и приятных во всех отношениях.

Упражнение: ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ПРЕИМУЩЕСТВ» ЗАБОЛЕВАНИЯ

Болезнь может становиться способом удовлетворения потребностей, языком «Тела», если человек не смог найти иных, сознательных путей их удовлетворения. Часто, только заболев, вы чувствуете, что вправе снять с себя определенную ответственность, впервые обратить внимание на самого себя. Но предоставляя человеку временную передышку, болезнь, одновременно является для него ловушкой. Если человеку удастся получить внимание и право на отдых только потому, что человек болен, какая-то часть его не захочет выздоравливать.

1. Перечислите пять главных преимуществ, которые вам дала самая серьезная из всех ваших болезней.

2. Попробуйте правильно определить представления, мешающие вам удовлетворить эти потребности, не прибегая к болезни.

Найдите способы, которыми вы могли сообщить о своих проблемах окружающим, не прибегая к болезни.

Упражнение: КАК НАУЧИТЬСЯ РАССЛАБЛЯТЬСЯ И ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ СВОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Страх сам по себе становится источником стресса. Для многих онкологических больных тело становится врагом, как будто, заболев, оно предало их и теперь угрожает самой жизни. Больной человек не верит в его способность совладать с заболеванием. Научившись расслабляться и воздействовать на свой организм, человек снова начинает доверять способности своего тела противостоять болезни. Тело опять становится источником радости и удовольствия, кроме того, оно служит и важным средством обратной связи – насколько эффективно человек живет. Если человеку удастся физически расслабиться, это нарушит порочный круг страха и напряжения, что станет своеобразным способом энергетической подзарядки.

1. Один из способов снять стресс – это регулярные дозированные физические упражнения. Такие упражнения действуют как реакция «драться или убежать», которая дает возможность организму избавиться от накопившегося в нем напряжения.

2. Дыхательные упражнения, направленные на уменьшение напряжения и, следовательно, тревоги.

3. Медитации и прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная.

4. Тренировка, самогипноз.

СПЕЦИАЛЬНАЯ МЕТОДИКА РЕЛАКСАЦИИ

Существует необходимость ощутить любое напряжение мышц. Мысленно представить себе это напряжение в виде какого-то образа. Это может быть сжатый кулак или завязанная узлом веревка. Затем представьте себе, как она развязывается, разжимается, повисает, подобно натянутой, а затем отпущенной резинке.

Большую роль будет играть качественная визуализация (представление образа), которая является языком, на котором **«Сознательный Я»** будет говорить с **«Моим Ты»**. Поэтому очень важно помочь пациенту разобраться в стратегии расположения его внешних и внутренних изображений, звуков, кинестетических чувств, запахов и вкусов, чтобы породить убеждение, манеру поведения или модель мысли. Мы никогда не воспринимаем слово прямо – только через внутренние образы, звуки, кинестетические чувства. Правильно научиться правописанию можно только с помощью картинки – написанного, а не с помощью звука. При скорочтении нужно не проговаривать слова, а воспринимать их мысленно, так как речь тормозит процесс восприятия. Талантливый спортсмен визуализирует движения, затем представляет

их в ощущениях, возникающих при движении, а лишь потом это движение осуществляет.

Пациенту предлагается увидеть свой рак в символических или в реалистических образах. Желательно представить, что он состоит из очень слабых клеток с неправильным строением. Представить, что необходимо, чтобы защитные механизмы его тела вернулись к естественному, здоровому состоянию.

Он должен представить себе, как его лейкоциты приближаются к тому месту, где находится опухоль, определяют атипичные клетки и разрушают их. Если он ощутит в каком-то месте боль, пусть представит себе, как целая армия лейкоцитов устремляется туда, чтобы успокоить ее. Нужно мысленно увидеть себя бодрым, здоровым и полным энергии. Подумать о своих жизненных ценностях. Пусть похвалит себя за то, что он сам способствует своему выздоровлению. Нужно нарисовать те образы, которые возникли у него во время визуализации. Не стоит волноваться, если ему не удалось «увидеть» эти образы, главное, чтобы он их каким-то образом «ощутил», «представил себе», «подумал о них». Здесь не так важно слово, описывающее способ, которым он их воображал, как то, что он это вообще делал.

ВОЗМОЖНЫЕ ТРУДНОСТИ В РАБОТЕ С ВООБРАЖЕНИЕМ

Если больному свойствен не зрительный, а какой-то иной способ формирования воображаемых образов, не следует заставлять его что-то «видеть», лучше придерживаться более привычного для него способа представления. Другая трудность: мысли часто начинают отвлекаться, блуждать. Это связано с неумением сосредоточиться, которое может усугубляться действием некоторых лекарственных препаратов, болью или страхом. Мы пытаемся помочь пациенту представить себе желаемый результат, а не то, что происходит с ним в данный момент. Работа с воображением – это не средство самообмана, это способ направить себя на путь к выздоровлению.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВ

Примеры плохих образов: «Он (рак) похож на большую черную крысу», «Лекарство в виде маленьких желтеньких таблеток, крыса поедает одну из этих таблеток», «Некоторое время ей плохо, но потом она всегда поправляется и начинает снова кусать меня еще сильнее».

«Лейкоциты похожи на яйца в инкубаторе. Они ждут своего часа, чтобы проклюнуться».

«Большую скалу рака» скребут «щетками из грубой щетины – лейкоциты».

«Лейкоциты, как черная буря, заносят на своем пути почти все раковые клетки, но некоторые из них все-таки высовываются».

Важно подробно исследовать содержание визуализации, чтобы увидеть, как они передают установки пациента. Не склонен ли тот или иной больной «припорошивать снежком», т.е. прятать, свои отрицательные эмоции.

ЗРИТЕЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ЦЕЛИТЕЛЬНЫХ СИЛ ОРГАНИЗМА

1. Расслабление.

2. Лейкоциты отправляются на разведку, чтобы выяснить, в чем причина испытываемой боли. Если лейкоциты обнаруживают раковые клетки, то нападают на них и уничтожают, оставляя после себя чистую и здоровую ткань, совершенно свободную от боли.

3. Если находят не рак, а напряженные болезненные мышцы или связки, то необходимо представить себе, что эти мышцы или связки расслабляются.

4. По мере того как он удерживает в воображении образ расслабляющихся связок, боль постепенно уменьшается и может даже полностью отступить.

Наилучшим вариантом будет тот, когда сам пациент под влиянием вашей недирективной работы в трансе создаст такой образ соотношения сил рака и лейкоцитов, при котором победа лейкоцитов никакого сомнения вызывать не будет. Так, одна из пациенток создала образ рака в виде медузы с отростками-щупальцами, кусочки которых отваливались и заносились в другие ткани. Лейкоцитов она представила, и даже нарисовала, в виде маленьких акул, которые рвали на части медузу и, заглатывая ее куски, становились все сильнее и многочисленнее. Эта пациентка почти без осложнений перенесла химиотерапевтические и радиологические курсы лечения. Ее история болезни будет приведена ниже.

РЕЦИДИВ БОЛЕЗНИ

Если человек заранее готов к возможности возвращения болезни, это помогает значительно снизить страх рецидива. Настоятельно рекомендуется больным в этот период не ждать от себя слишком много. Им нужны силы, чтобы просто это пережить. Во-первых, надо непременно обратиться к кому-нибудь из окружающих, чтобы те поддержали их своей любовью. Во-вторых, не следует делать серьезные выводы относительно того, чем в конце концов закончится их заболевание.

Причины рецидивов:

1. Пациент не смог справиться со стоящими перед ним эмоциональными проблемами и бессознательно принял решение сдаться.
2. Пациент еще не научился удовлетворять свои эмоциональные потребности иначе, чем с помощью болезни.
3. Возможно, пациент пытается произвести слишком много изменений в своей жизни одновременно.
4. Пациент сделал какие-то важные изменения, но затем расслабился и впал в состояние благодушия.
5. Пациент не прислушался к своим эмоциональным потребностям.

СМЕРТЬ

Большинство онкологических больных не столько боятся самой смерти, сколько того, что с этим связано. Их пугает перспектива медленного умирания, которая истощит родных и друзей как эмоционально, так и материально. В их семьях нередко стараются избегать даже упоминаний о смерти. Когда больной пытается заговорить о ней, он чаще всего слышит: «Не говори так! Ты не умрешь!» Поскольку человек не может обсудить проблему смерти даже с самыми близкими людьми, его страхи, не находя выхода, продолжают копиться и расти.

Элизабет Кюблер-Росс заметила, что довольно часто люди не дают себе разрешения умереть. Они продолжают держаться за жизнь, потому что кто-то из близких или даже борющихся за их жизнь медиков не может смириться с их смертью. Эти люди испытывают двойную нагрузку – с одной стороны, они знают, что умирают, а с другой – чувствуют, что нельзя показывать вида окружающим.

Со временем стало понятно, что поскольку пациенты могут влиять на течение своей болезни, направляя его к здоровью и жизни, то следует признать, что они могут – и имеют полное право, – если захотят, направлять его к смерти.

КАК НАЧАТЬ ГОВОРИТЬ О СМЕРТИ

Рекомендуется начинать разговор о смерти и возможности рецидива болезни на групповых занятиях в течение первой недели курса лечения. Мы говорим пациентам о том, что, возможно, в будущем кто-то решит, что пришло его время умирать. Мы просим их сообщать нам о таких решениях, заверяя, что будем поддерживать и заботиться о них в период умирания не меньше, чем поддерживали и заботились во время их борьбы за жизнь. Они имеют полное право перестать бороться и отказаться от жизни.

Клинические примеры:

Случай с отцом автора. В 59 лет ранее ничем не болевший мужчина, театральным режиссер по профессии, художественный руководитель Харьковской телестудии по должности, узнал, что в 60 лет ему придется уйти на пенсию. Все его интересы находились в сфере деятельности, и представить себе жизнь пенсионера он просто не мог. Через 6 месяцев у него был обнаружен рак легкого с множественными метастазами в кости. Болезнь быстро прогрессировала и ровно в 60 лет, в день своего рождения и выхода на пенсию – он умер.

Пациент Г., 52 года, рабочий по профессии, тяжело перенес трагическую смерть любимой жены. После ее смерти осталось двое маленьких детей, заботу о которых с ним разделила дочь его умершей жены от первого брака. В это время у пациента была диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки, которая периодически рецидивировала. За год до того, как ему был поставлен диагноз: рак желудка с множественными метастазами в кости и лимфоузлы, его постигло очень сильное разочарование после того, как ушла из семьи воспитывавшая детей приемная дочь. Пациент был все время занят на работе, и дети остались без материнской заботы. Свое состояние в этот период пациент описывает как полное отчаяние и отсутствие всякой надежды. За некоторое время до манифестации заболевания у него появилась поза безнадежности: он часто сидел, наклонив голову, опустив плечи, согнув спину, с ладонями, зажатыми в сомкнутых коленях. Заболевание протекало чрезвычайно остро, и через 6 месяцев после установления диагноза пациент умер.

К сожалению, оба случая произошли в то время, когда автор не имел никакого представления о том, каковы механизмы возникновения онкологического заболевания. Тем более, ничего не знал о том, как на эти механизмы можно воздействовать.

Пациентка С., 53 года, педагог по профессии, в прошлом очень энергичный и физически здоровый человек. Диагноз: саркома матки с метастазами в региональные лимфоузлы. За 5 лет до заболевания погиб в автомобильной катастрофе ее муж, с которым у нее была очень тесная эмоциональная связь. Через несколько месяцев в психическом статусе были отмечены значительные улучшения. Пациентка связывала это с тем, что всю свою энергию она перенесла на воспитание родившегося внука. Через 1, 5 года семья дочери эмигрировала в Израиль. Пациентка несколько месяцев безуспешно пыталась получить гостевую визу, чтобы проведать дочь и внука. Отказы посольства переживала очень тяжело, временами находилась в депрессивном состоянии. Через год после этого у нее было обнаружено онкологическое за-

болевание. Ей была сделана радикальная операция, после этого проведены курс химиотерапии и радиологического облучения. Несмотря на противопоказания и неутешительный прогноз (гистологическое исследование показало, что опухоль – из числа очень агрессивных), пациентка выехала на длительный срок в Израиль. Там она ухаживала уже за двумя внуками, а в то время, когда они находились в детском саду, подрабатывала, ухаживая за престарелыми. Через 2,5 года после операции – состояние как физическое, так и психологическое – хорошее.

Парадонтоз

В основе клинической картины парадонтоза – ухудшение кровоснабжения десен, т.е. спазм сосудов – симпатическая реакция.

Когда животные захватывают объект зубами, этот объект часто бывает чрезвычайно инфицирован, а проникновение большого количества инфекции в кровь может быть опасным. Поэтому реакции экспансии (битва или еда) вызывают спазм сосудов десен.

Существует такое выражение «человек с черным нёбом», это метафора, характеризующая очень злого человека. Здесь не только спазм, при котором нёбо должно побелеть, но и более глубокий процесс – потемнение тканей вследствие их деградации и распада. Автору встречался человек, очень злобный по своей природе, забойщик скота по специальности, который после приступа ярости клочками выплевывал куски слизистой.

У современного человека многократно в течение дня реакции борьбы или бега (**экспансии**) не наступают, заканчиваясь стадией **демонстрации** (подавленная агрессия) или не заканчиваются ничем. Не израсходованный адреналин постоянно сосудосуживающе действует на сосуды лица и десен. Мы видим вокруг все меньше румяных лиц, ярко-розовых десен. Ухудшение кровоснабжения десен приводит к тому, что тканевый иммунитет падает. В десневых карманах развивается инфекция, и так как этот процесс нереализованной борьбы идет непрерывно всю жизнь, то и парадонтоз преследует человека всю жизнь, до последнего зуба во рту (рис. 25).

В психологическом портрете лиц, которых эта болезнь особенно беспокоит, отмечается боязнь реализовать принятое решение из-за возможных негативных последствий. Он боится также выразить свои желания и потребности, испытывая отчаяние и беспомощность.

ПАРАДОНТОЗ – БОЛЕЗНЬ СКРЫТОЙ АГРЕССИИ

Большинство из нас в той или иной степени поражены этой болезнью. Если каждый из нас вспомнит периоды жизни, когда парадонтоз его «отпускал», то это были те моменты, когда человек мог себе позволить все, что хотел. Другими словами: когда все пять реакций чередовались беспрепятственно.

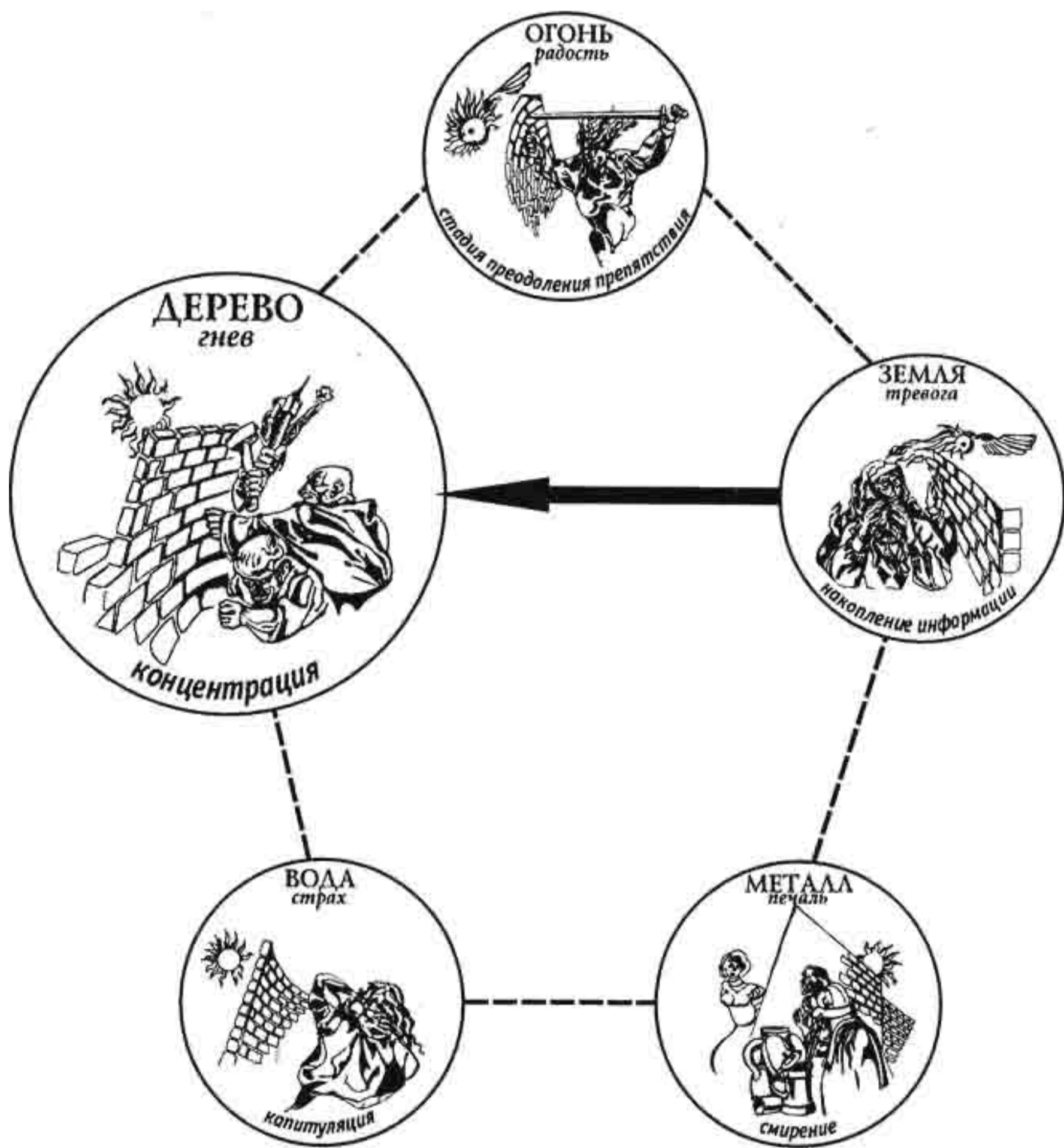


Рис.25. Парадонтоз

Если вы вспомните своих друзей и знакомых, которые не страдали этим заболеванием, то убедитесь, что это, как правило, люди, не сдерживающие свою агрессию.

В теории чередования препятствий парадонтоз – это болезнь застоя в фазе концентрации. Здесь повышается концентрация адреналина, а сигнала на его расход – нет. И сосуды, в данном случае сосуды десен, длительно остаются спазмированными.

Отсюда лечение:

1. Научить человека социально-приемлемым способом выбрасывать агрессию:

- а) направить ее на достижения;
- б) научиться отреагировать ее телесно.

2. В недирективном трансе вращать круг У Син с акцентом на переходе от элемента ДЕРЕВО (концентрация) к элементу ОГОНЬ (экспансия).

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Конфликт между факторами защиты собственного организма и факторами агрессии по отношению к организмам чужим.

Чаще встречается у беженцев и переселенцев (социальная изоляция), у мужчин в 5-8 раз чаще, чем у женщин, наиболее вероятный возраст – 40-50 лет.

Как идет нормальный процесс получения энергии путем поглощения пищи, воздуха и воды? Вначале – это функция внешнего круга Ян-органов: желудок, толстый кишечник, мочевой пузырь, желчный пузырь и тонкий кишечник. Затем – это функция внутреннего круга Инь-органов: поджелудочная железа, легкие, почки, печень и сердце (с тройным обогревателем).

В первом круге все начинается с агрессии (захвата пищи) – реакция захвата, по Шильдеру, элемент реакции и «получения и принятия», по Александеру. Мы выделяем здесь только агрессивный компонент этой реакции, совершаемый в ротовой полости (челюсти, зубы, слюна) и в желудке (**агрессивное** измельчение пищи и ее обработка желудочным соком). Уже здесь, в желудке, происходит и следующая реакция – **накопления**, ведь желудок – это временный склад съеденной пищи. Следующая фаза – **принятия** – осуществляется в 12-перстной кишке, ведь только после того, как первая порция измельченной и обработанной кислотой пищи поступит в 12-перстную кишку и будет ею принята (нейтрализована кислотность желчью и ферментами поджелудочной железы), произойдет эвакуация следующей порции и т.д. «Привратник» внимательно следит за качеством этой процедуры, так как преждевременное поступление кислой пищи из желудка вызовет разъедание плохо защищенной слизистой кишечника. Следующей фазой является **расслабления**, и здесь осуществляется временное замедление перистальтики с тем, чтобы дать пройти следующим реакциям – **концентрации** пищеварительных ферментов (в фазе принятия их концентрация невелика, так как служит не перевариванию пищи, а ее нейтрализации) и фазе **агрессии**, в которой и происходит всасывание.

Что же происходит при патологии? Все начинается с агрессивного поглощения пищи и повышения концентрации соляной кислоты. Поскольку

еда – первое явное удовлетворение желания ребенка, то в его психике желание быть любимым и желание быть накормленным связаны на глубинном уровне. Это приводит к тому, что люди, которые стыдливо реагируют на свое желание получить любовь, тепло и поддержку другого человека, «говорят» о своем желании языком расстройства желудочных функций. Это желание находит выход в регрессивной реакции избыточного поглощения пищи, что приводит к хроническому повышению кислотности.

В самой глубине своей сущности многие больные страдают оттого, что они, как и в детстве, хотят, чтобы их любили, кормили и оберегали. У ребенка своевременное вскармливание – один из компонентов любви. Процесс приема пищи связан с тем, чтобы нечто брать, обладать, владеть, переваривать, усваивать. Человек не получает крайне необходимых ему любви и тепла и, вместо того чтобы поступить агрессивно, сказав об этом языком своих эмоций, мыслей и действий, подавляет их и говорит языком желудка.

Ограниченные способности воспринимать чувства и трудности в сообщении внутренних переживаний особенно выражены у психосоматических пациентов. В этом отношении они значительно отличаются от невротиков, которые готовы выговориться о своей амбивалентной чувственной жизни. В данном случае подавленная агрессия находит выход в агрессии желудочной – повышается кислотность. Артур Мирски, обнаружив эмоциональные конфликты в сфере зависимости у призывников, с большой достоверностью предсказал развитие у них во время прохождения службы язвенной болезни.

Следующий этап в развитии болезни связан с рефлюксом, при котором щелочное содержимое 12-перстной кишки забрасывается в желудок. Здесь просматривается полная аналогия с обратным движением энергии в круге У Син. Антиперистальтика – движение в обратном направлении – в норме является защитной реакцией. Это движения, предназначенные для удаления не принятой (отравленной, ядовитой, испорченной) пищи с помощью рвоты – физиологической реакции отвержения, непринятия. Рефлюкс – антиперистальтическое движение – движение непринятия, вспомним, что вслед за накоплением должна идти реакция принятия. На психологическом уровне это отвержение, часто обида, гнев, желание мести и расплаты (демонстрация после концентрации, ведь месть всегда неконструктивна – «фантомный» вариант). Мы видим, что вместо нормального перехода реакции накопления (желудок) в реакцию принятия (12-перстная кишка) идет патологический ее ход («реакция пренебрежения», по терминологии китайской акупунктуры). Это движение из реакции накопления в реакцию концентрации, проявлением которой является гнев, возможно, подавленный. Рефлюкс может рассматри-

ваться и как попытка нормализовать (подавить) излишнюю агрессию, нейтрализовав кислотность желудка щелочным содержимым 12-перстной кишки.

Следствием рефлюкса является преждевременный сигнал о нейтрализации, «обманутый привратник» пропускает агрессора – «кислое содержимое», который разъедает недостаточно защищенную слизистую и вызывает образование язвы. Аналогом реакции гнева – концентрации – в организме является высокая концентрация пищеварительных ферментов, которая принимает участие как в формировании язвы («самопереваривание»), так и в развитии сопутствующего панкреатита. У кого-то из старых французских поэтов есть такая строчка: «...Люби меня! Иль проклят будь!» Она хорошо отражает ход реакций язвенного больного. Таким образом, трагедия разворачивается на стадиях **накопления** и **концентрации**, причем, при **обратном ходе реакции** (рис. 26).

Вообще, для психологического портрета язвенного больного характерно сочетание стремления к близости и отвержение. Эта двойственность выражается метафорами: «Меня тошнит от него!», «Я его не перевариваю!» – это по отношению к другим, а также «Есть себя поедом» – по отношению к себе. Человек не принимает, испытывает неприязнь по отношению ко всему, что ему не по вкусу. Он сопротивляется новым идеям, не может приспособиться к новым людям и ситуациям. В нем сильно развит внутренний критик, который мешает прислушаться к голосу своего сердца.

При язве желудка течение болезни отличается отсутствием рефлюкса, следовательно, весь процесс ее формирования идет из-за превышения агрессивности над защитными силами. Соляной кислоты выделяется больше, а защитной слизи – меньше. Перистальтика снижается (капитуляция), энергия из концентрации идет в капитуляцию, из Дерева в Воду, а не наоборот. Длительное пребывание пищи в желудке повышает время экспозиции воздействия соляной кислоты, в том числе и на слизистую желудка. Следствие – образование язвы.

Александр отмечал, что одних психологических особенностей для развития болезни мало, нужен еще какой-то фактор, который он предполагал либо конституциональным, либо очень рано развившимся. Мы же полагаем, что имеет место сочетание этих двух факторов.

Нам мало известно о том, какие конституциональные, генетически заложенные факторы могут вызывать предрасположение к язвенной болезни. В такой же мере нам не известна степень влияния этих факторов. Однако нам в значительной степени понятна роль чрезвычайно рано выраженных факторов воспитания, которые могут выработать такую предрасположенность. Мы

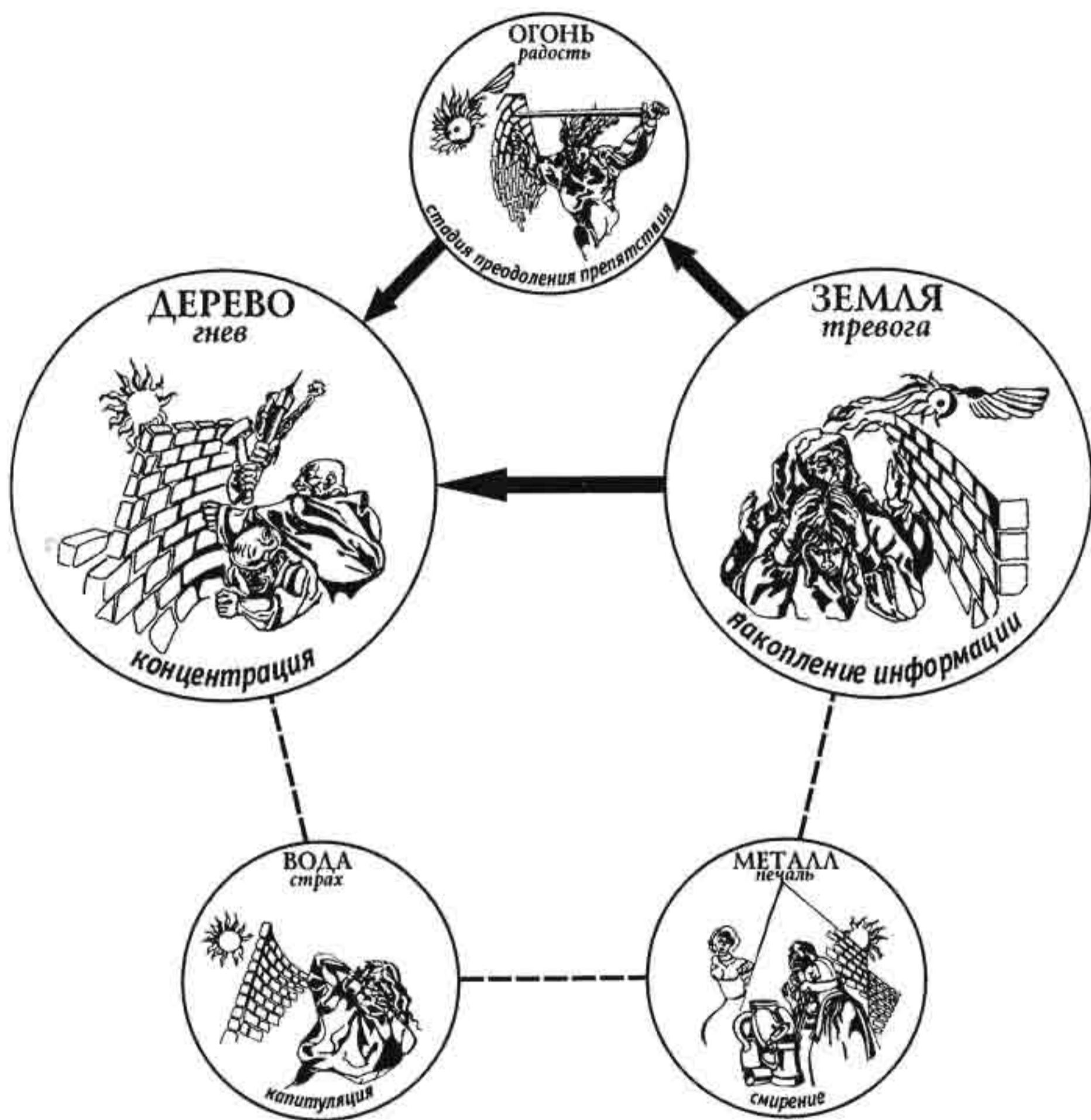


Рис.26. Язвенная болезнь

полагаем, что этот процесс может начинаться даже во внутриутробный период. Можно полагать, что это процесс **отвержения**, неприятия ребенка матерью. Нежеланная беременность или сильный дискомфорт, который испытывает и с которым не хочет мириться мать, мысли о сложностях, которые предстоят ей в связи с рождением ребенка, – все это на уровне простых эмоций может восприниматься младенцем.

К такому эмоциональному послыу **«Сверх Я»** ребенка дает ему команду приспособиться путем формирования определенного, в данном случае предпочтительного, хода реакций: скрывать агрессию (ребенок будет слабо проявлять свою активность, будет стараться занять как можно меньше места). Даже доношенный, он будет «мелковат». Для взрослого человека, пережившего в зародышевом состоянии или вскоре после рождения травму «отверженности», будут характерны частые регрессии в зародышевое состояние – повторение незавершенного гештальта «потребности в принятии». Именно регрессия заставит его есть много и жадно, не получая удовольствия от еды, и, по примеру матери, отвергать съеденное. Лиз Бурбо пишет: «Чем глубже травма отверженного, тем сильнее он притягивает к себе обстоятельство, в котором он оказался отверженным или сам отвергает». Она считает, что если отвержение происходит после рождения, то это чаще бывает отвержение родителем одного с ребенком пола. Вследствие этого девочки перестают доверять матери, а мальчики – отцу.

В дальнейшем, после рождения, кроме отвержения, будет играть роль стиль питания. При этом нельзя пройти мимо тесной связи тем любви и питания. Это нашло отражение в многочисленных бытовых оборотах речи – говорят о любовном голоде, о том, что любовь идет через желудок или что кого-то готовы «прямо таки съесть». Наш орган приема пищи, рот, остается одновременно пожизненным слугой нежности и любви. Эта связь питания и любви прослеживается вплоть до ранних фаз развития.

Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности и хорошего самочувствия. Во время кормления ребенок ощущает первое утешение телесного неблагополучия. Кожный контакт с теплым, мягким материнским телом при питании дарит младенцу ощущение того, что он любим. Кроме того, он губами и языком ощущает сосание материнской груди как нечто приятное. Сосанием большого пальца руки ребенок пытается позднее повторить этот приятный опыт. Таким образом, в переживании младенца остаются неразделенными чувства сытости, защищенности и направленной на него любви.

По принципу свободного доступа к питанию ребенку в первые месяцы жизни предоставляется возможность самому определить время своего корм-

ления. Ребенок должен также сам определять, сколько ему потреблять пищи. Начиная с 4-го месяца жизни, ребенок уже может потерпеть.

Противники свободного доступа к питанию упускают также из виду, что неудовлетворенное стремление младенца к питающей и защищающей матери ведет к внутреннему беспокойству, проявляющемуся в судорожном плаче, приступах ярости, нарушениях сна и пищеварения. Существует опасность, что у грудных детей остаются нарушения развития, если они лишены свободного доступа к питанию слишком рано. Непонятным для них образом исчезает удовлетворение их жизненных потребностей. Если такой ребенок в конце концов получает питание, он часто пьет и ест поспешно, не испытывая насыщения.

По мнению Лиз Бурбо, в возрасте 2-4 года (период формирования автономности) ребенок может перенести травму предательства. По мнению психоаналитиков, в этом возрасте начинает формироваться Эдипов комплекс, ребенок понимает, что у него есть границы и за пределами этих границ есть близкое ему существо противоположного пола, в которое он влюбляется. Отстранение этим существом, которое происходит по разным причинам, например, появляется другой ребенок, да еще другого пола, воспринимается как предательство. Еще большим предательством, хоть и не в этом возрасте, будет инцест. И тогда «преданный» выбирает позицию «контролирующего» (на языке трансактного анализа это будет человек в драйвере – «Будь сильным!», который ведет его в жизненный сценарий «Никогда!»: «Никогда я не получаю того, в чем нуждаюсь больше всего!» – миф о Тantalе). Он будет стараться все предвидеть и предусмотреть, он не станет доверять никому, не будет проявлять своих чувств, хотя в глубине души он очень чувствителен. На него очень сильно будут действовать разрывы отношений, после этих разрывов у таких людей часто формируется язвенная болезнь. Для «контролирующих» характерны затруднения с выбором, отсюда возникает двойственность отношений. Встречаются подростки (мальчики), которые произносят такую жуткую фразу: «Я хотел бы «вытошнить» свою мать!» или «Мать с ее нотациями надоела мне до тошноты, сидит в печенках!» Есть он будет быстро, но может съесть много, не замечая этого. Часто эти люди любят острую пищу и подсаливают ее, даже не пробуя.

Александр полагал, что все желудочно-кишечные расстройства, в том числе язвенная болезнь, – это реакции на препятствия орально-рецептивных стремлений. Желание (стремление) к удовольствию от еды и тепла материнской груди делятся на желания: 1) получить и принять (мы разделяем эти фазы), 2) исключить, удалить, использовать энергию для нанесения вреда или нападения, желания сохранить и накопить. Потребление пищи связано с

желудочными импульсами, пассивной восприимчивостью, агрессивным поглощением и перевариванием. Удаление отработанных продуктов связано с анальной эвакуацией и возможностью накопить с помощью анальной задержки. Конфликт между этими тремя векторами лежит, по мнению Александра, в основе желудочно-кишечных расстройств.

Мы же считаем, что этот конфликт формируется между пятью реакциями на препятствия. Одни реакции предпочитаются, другие – отвергаются, а ход их чередования нарушается.

Таким образом, у ребенка формируется типичный для язвенника ход реакций на препятствие: агрессию миновать (подавлять), хватать еды, как можно больше (накоплять), а затем отвергать (срыгивание, рвота) – демонстрация. Эти реакции закрепляются как ответ на сильные потребности. В дальнейшем, когда ребенок станет взрослым и его потребности в питании будут полностью удовлетворяться, он проявит подобную реакцию на отсутствие удовлетворения самой важной для него потребности, для большинства этот будет потребность в любви, хотя возможны и другие варианты: потребность в разного рода самовыражении и пр.

Клинические наблюдения показывают, что нередко причиной язвенной болезни являются конфликты в сфере деятельности. В этом случае роль человека, желанное тепло которого (или которых) в большинстве случаев не получил будущий язвенник, начинают играть деньги. Привязанность к человеку в этом случае заменяется привязанностью к деньгам. Автору пришлось быть свидетелем случая, когда тяжелое язвенное кровотечение при бессимптомном течении язвенной болезни открылось у состоятельного пациента. Отличительной особенностью его была страсть к накоплению, даже небольшие траты воспринимались им крайне болезненно. Наблюдалась вся типично язвенная психологическая картина: скрытая агрессия, отсутствие принятия ситуации и гнев на людей и обстоятельства, которые заставляют его расходовать такие милые его сердцу деньги. Кстати, вкладывал в дело он эти деньги без сожаления, отвергались только затраты на личные нужды. Терапевтическая задача в работе с этим пациентом заключалась в развитии искренности, осознании агрессии и реализации ее конструктивным путем, а также в переформировании отношения к необходимости траты денег. Рассказанная ему притча «Еще одна большая программа» позволила провести мысль о том, что процесс накопления когда-то должен закончиться. Ему были показаны все механизмы разрушительного движения его эмоций. Вместе с терапевтическим лечением был достигнут стойкий положительный эффект, после этого больной наблюдался 5 лет.

Несмотря на крайне неблагоприятные обстоятельства (больной находился в заключении 6 месяцев и пережил тяжелый судебный процесс), рецидива заболевания не было. В работе с ним была использована притча:

«Еще одна большая программа»

У одного купца было сто пятьдесят верблюдов; они шли по пустыне, навьюченные товарами, а с ними еще сорок послушных рабов и слуг. Однажды вечером купец пригласил в гости одного своего друга. Это был Саади. Всю ночь напролет он без усталости рассказывал гостю о своих делах и заботах, о том, как утомительна его профессия. Он говорил о своих сокровищах в Туркестане, о своих поместьях в Индии, показывал документы на владение и ювелирные изделия. «О Саади, – вздыхал купец, – я совершу еще одно путешествие. А уж после этого я позволю себе заслуженный отдых, о котором мечтаю так, как ни о чем другом на свете. Я хочу отвезти персидскую серу в Китай; я слышал, что она там в большой цене. Оттуда я повезу китайские вазы в Рим. Затем мой корабль повезет римские ткани в Индию, а оттуда я повезу индийскую сталь в Халаб. Из Халаба я буду экспортировать зеркала и изделия из стекла в Йемен, а из Йемена вывезу бархат в Персию». С мечтательным выражением лица он рассказывал все это скептически слушающему его Саади. «А уж после этого моя жизнь будет посвящена отдыху и размышлению – высшей цели моих помыслов».

Как и многие другие психосоматические болезни, язвенная болезнь начинается с тревоги. Именно она включает процессы излишнего потребления, что выражается в повышении кислотности. Затем реакция идет в пентаграмме против часовой стрелки, от тревоги к гневу (повышается концентрация и осуществляется антиперистальтика – рефлюкс). Минуются реакции смирения и расслабления. Треугольник: тревога–гнев–экспансия, причем у многих больных экспансия выражена слабо.

По Александру, потребности, идущие из оральной сферы переживаний (желание быть избалованным, вознагражденным, зависимым), оказываются фрустрированными. Эта фрустрация перерабатывается регрессивно и превращается в потребность накормить себя. Это вызывает вагусную стимуляцию желудка, в том числе и вне фазы переваривания.

ТИПЫ ЯЗВЕННЫХ БОЛЬНЫХ

1. Психически здоровый язвенный больной. Личности с хорошей функцией «Я» и стабильными объективными отношениями, которые при массивной неспецифической или специфической (идуущей из сферы оральных переживаний) нагрузке, при сильной регрессии «Я» – ресоматизации – и определенной предрасположенности желудка заболевают язвой в качестве единой психосоматической реакции. По всей видимости, здесь обратного хода реакций, выражающегося рефлюксом, еще нет. Основные проявления болезни вызваны усилением застоя в фазе **концентрации** (подавленный гнев) (рис. 27).

2. Язвенный больной с неврозом характера. Личности с формированием псевдонезависимых реакций или обсессивно-депрессивными чертами, с оральными конфликтами, заметными окружающим (например, ведущий служащий, распространяющий вокруг себя агрессивное напряжение). Декомпенсирующиеся при хроническом течении при особых переживаниях обиды, неудачи, любовной потери после двухфазного вытеснения. В этом случае **концентрированный** и подавленный гнев уже прорывается в виде **«фантомного»** преодоления препятствия (раздражительность) (рис. 28).

3. Социопатический язвенный больной. Пассивно-зависимые больные со слабым «Я» и чрезмерной зависимостью, склонные к прорыву инстинктов или параноидно-кверулятивным типам поведения. Внешне проявляют свои оральные конфликты, как социальные больные (например, больные язвой алкоголики, рентные невротики). Заболевают уже при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе. Вот здесь уже есть проявления **обратного хода реакций** – рефлюкса (рис. 29).

4. Психосоматический язвенный больной. Невыразительные личности с бедной фантазией. При специфических нагрузках и кризисах (часто с потерей объекта) реагируют психосоматически привычно. Часто наряду с язвенной болезнью наблюдаются и другие психосоматические нарушения, такие как лихорадка, сердечные симптомы, ревматизм и т.д. Все эти симптомы являются признаками присоединения застоя в области экспансии (**«фантомной»**) (рис. 30).

5. Нормопатический язвенный больной. Ориентированные на нормальность поведения как рабочие, так и мелкие служащие, часто работающие дополнительно по совместительству. Они находятся в состоянии хронической саморазрушающей стрессовой перегрузки, на фоне которой часто молниеносно появляется язвенная симптоматика. В этом случае сочетается реакция экспансии с выраженным **обратным ходом реакции в концентрацию и капитуляцию** (страх). Больные и при выборе партнера руководимы по-

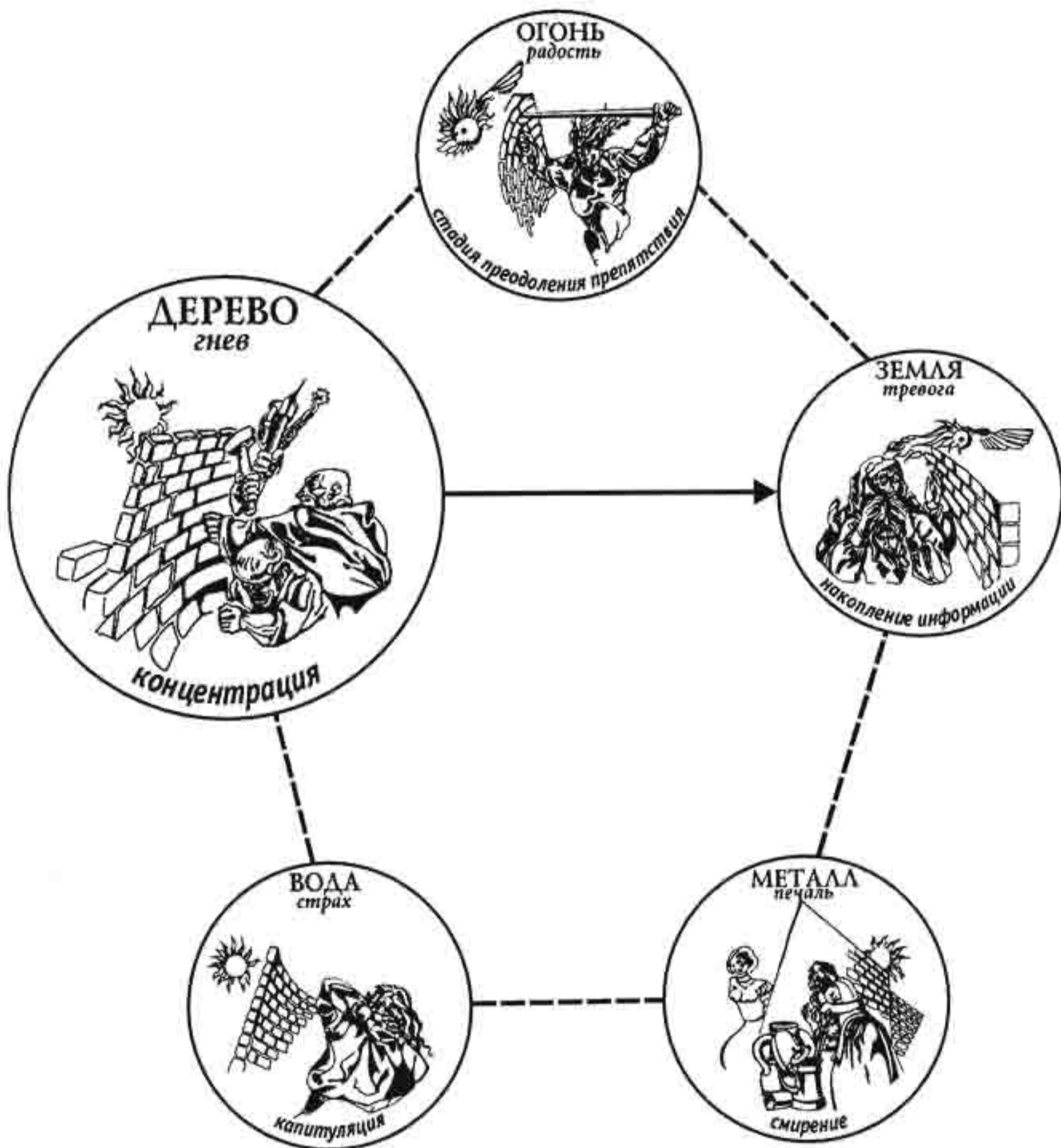


Рис.27. 1-й тип язвенного больного

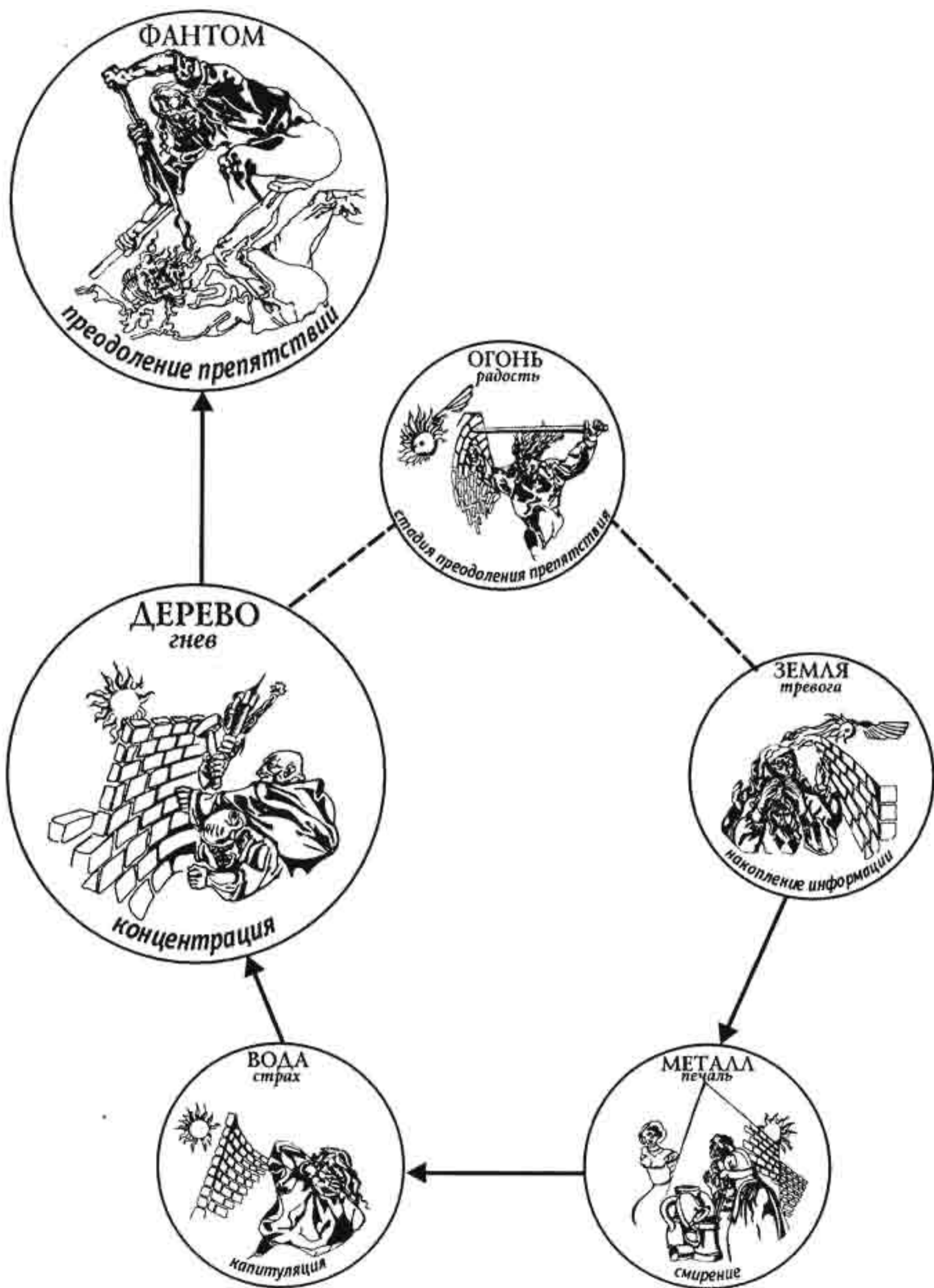


Рис.28. 2-й тип язвенного больного

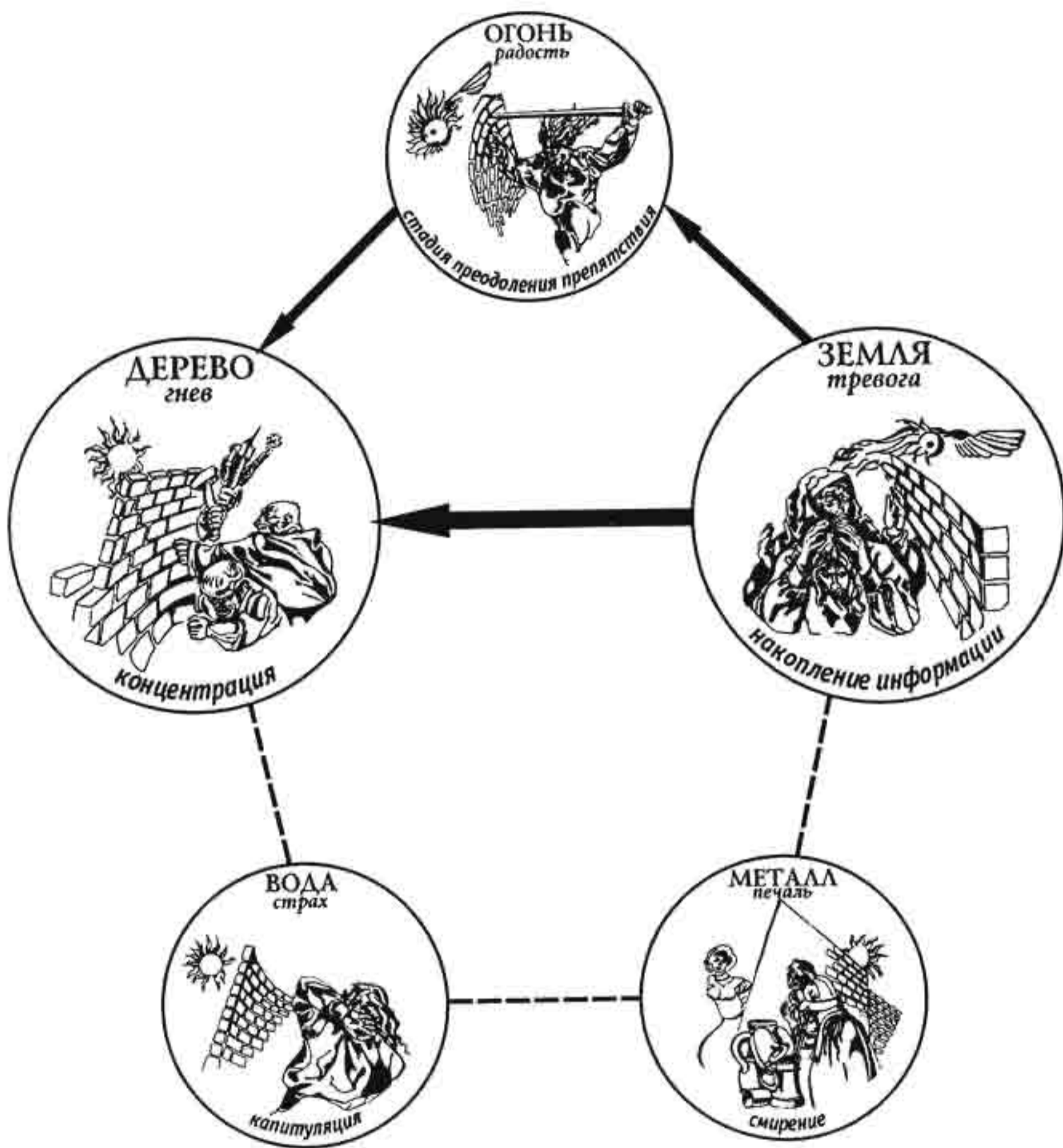


Рис.29. 3-й тип язвенного больного

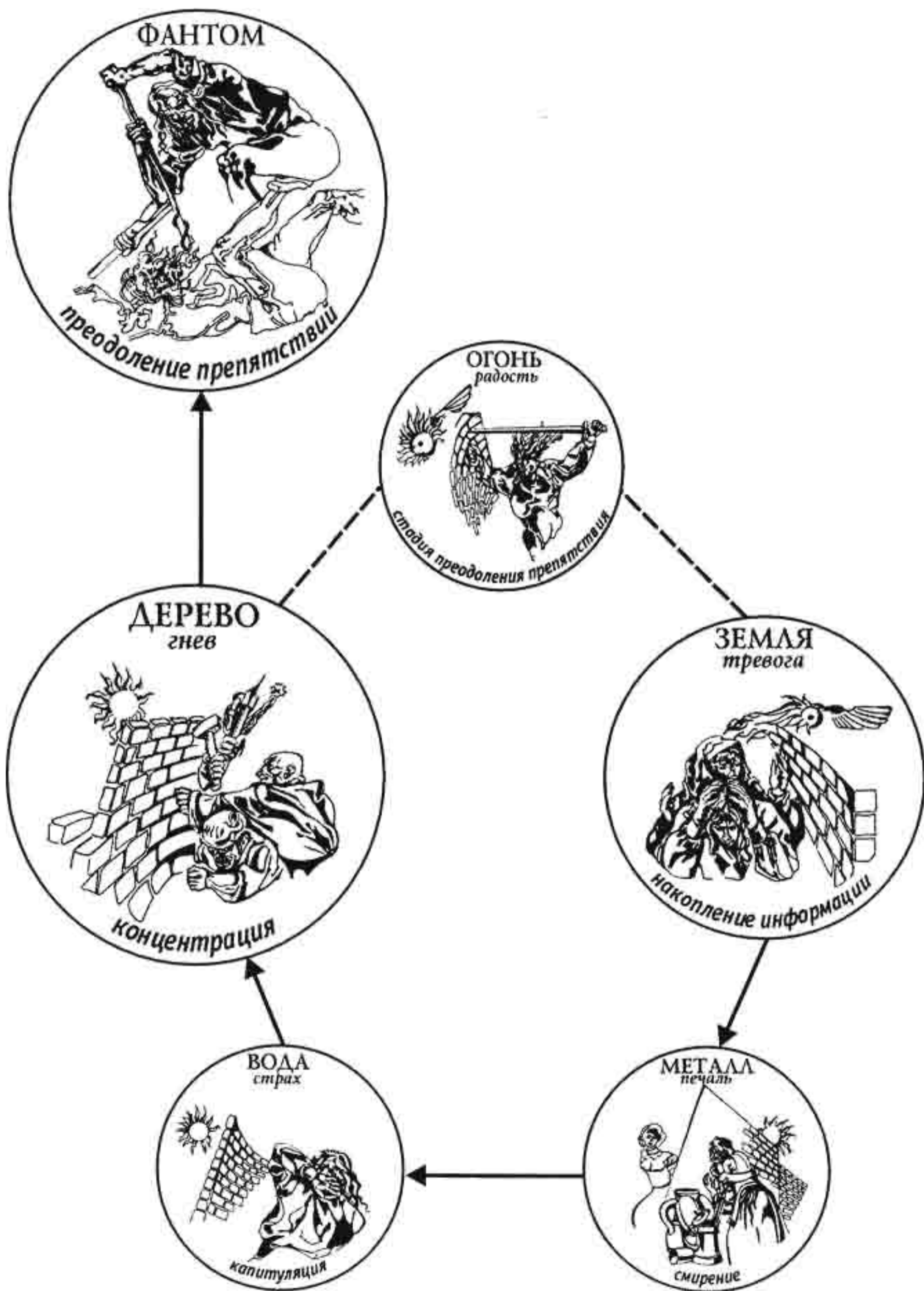


Рис.30. 4-й тип язвенного больного

требностью в защищающей заботе. Мужчины этого типа часто выбирают в жены женщин, похожих на своих матерей (рис. 31).

В то же время Зандер (1976) полагает, что этот аспект до сих пор переоценивался. Он считает, что пусковым фактором является бессознательный конфликт зависти. У 70 из 77 больных Зандер обнаружил зависть/злобу к собственности и престижу, реже пусковым фактором язвы оказывались межличностные контакты. Таким образом, язва возникает, когда человек с голодной установкой должен видеть, как питается другой.

Радиологом перед экраном рентгеновской установки было обследовано 17 больных. Использовалось структурированное интервью из 11 пунктов, затрагивающих проблематику зависти и злобы. Протоколировались рентгенологические данные желудка по каждому из пунктов.

При этом были обнаружены неожиданные реакции перистальтики желудка. У 15 из 17 больных во время разговора о пусковой ситуации возник интенсивный пилороспазм, заметный по характерной форме треугольника. Это изменение формы наступало в основном молниеносно, часто лишь при упоминании ключевого лица и еще до вербальной реакции больного.

ЛЕЧЕНИЕ

Общие рекомендации. Сегодня в распоряжении врача имеются весьма эффективные медикаментозные средства. Без лекарственной терапии обойтись нельзя хотя бы из-за острых соматических проявлений. В ходе дальнейшего лечения лекарственная терапия может стать важным звеном контакта с больным. В острой фазе с больным не следует вести беседы, направленные на вскрытие конфликтов. Однако надо использовать все возможности для обсуждения необходимых изменений в поведении и быту. Лишь со временем в ходе психотерапии можно воздействовать на соматические функции, участвующие в патогенезе язвы. Для отношений с больным полезно, если лечащий врач сначала определит, к какому типу относится данный пациент. Пассивный тип язвенника ищет защиты в общении с врачом, в то время как с гиперактивным типом показана другая тактика: следует иметь в виду раздвоенность больного между его стремлением к независимости и одновременной потребностью в пассивной зависимости.

У язвенных больных хорошо зарекомендовал себя аутогенный тренинг, по Шульцу (1970). Как и при многих других психосоматических состояниях, групповой тренинг дает больше преимуществ, чем индивидуальный. В особенности гиперактивному типу важно узнать, что можно быть активным и в расслабленном состоянии. Положительный перенос на терапевта также дает

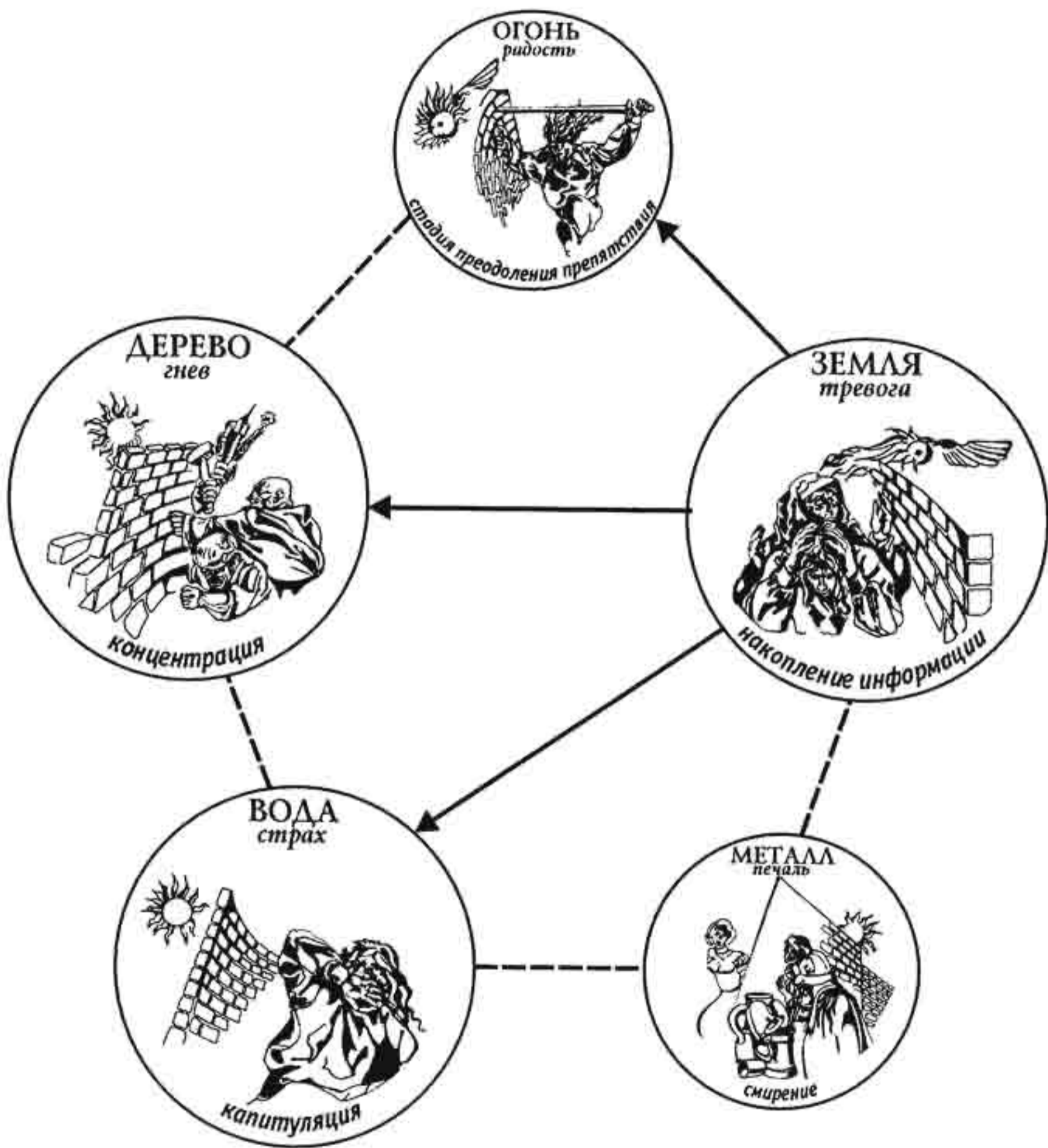


Рис.31. 5-й тип язвенного больного

преимущества при этой форме терапии. Псевдонезависимые защищаются от зависимости от психотерапевта и склонны к тому, чтобы при первом же улучшении прекратить лечение. Открыто зависимых разочаровывают требования повышения автономности, присущие традиционной психотерапии. Поэтому долговременная аналитическая психотерапия для лечения язвенных больных, как правило, непригодна.

Напротив, модифицированные формы психотерапии оказываются вполне применимыми. Для пассивного типа пригодна, в частности, суппортивная форма терапии. Больной язвенной болезнью должен иметь возможность выразить свою потребность в зависимости, не боясь негативной оценки врача. Если ему не придется утаивать с чувством вины свои агрессивные побуждения, он, возможно, будет воспринимать врача как положительную родительскую фигуру и сможет говорить о скрываемых до этого страхах. Также он сможет облечь конфликт в слова, обсуждать проблемы на рациональном уровне и таким образом уменьшить внутренний стресс.

В психотерапевтическом лечении в данном случае играет роль развитие искренности, которая подразумевает не только открытость, но и умение доверять людям. Доверься людям и доверь своему желудку переваривать пищу. Ты не должен говорить своему желудку, как ему работать. Точно так же ты не должен диктовать окружающим людям, какими им быть. Принимай все с любовью, в том числе и тот факт, что все люди разные. Не отвергай их, перестанет отвергать пищу и твой желудок, а это значит, что перистальтика пойдет в нужном направлении, исчезнут рефлюкс и рвота.

Итак, в фазе накопления – уйти от тревоги (надежда), в фазе смирения – принятие и прощение, в фазе капитуляции вместо страха – расслабление, в фазе концентрации – рассеивание внимания (транс), в фазе экспансии – преодоление настоящего препятствия вместо «фантома», для чего необходима четко определяемая цель. Это – общая схема, при перечисленных выше разновидностях язвенной болезни акцентируется работа над той фазой, в которой определяется наибольший застой или «обратный ход реакции».

Язвенный колит и болезнь Крона

Ведущий симптом – кровавый понос. Сопутствующие – лихорадка, тошнота, рвота, спазмы в животе, слабость, кахексия. При болезни Крона – боли и понос, чаще без крови. Чаще встречается у горожан. Грайс и Грехем (1952) полагали, что толстая кишка при депрессивных состояниях снижает функцию, при агрессивных – ее повышает.

Этим больным присущи анальные черты характера, например точность, актуальность, пунктуальность, чувство долга. Для них характерна эмоциональная бедность, они не способны воспринимать и вербализовать эмоции и конфликты. Их семьи очень сплочены, ограничиваясь от внешнего мира.

В состоянии психофизического расслабления кишка выглядит бледной, мало перистальтирует, секреция снижена. При напряжении – наоборот, вплоть до поноса.

По Пезешкиану, в сфере «Тело» – переработка конфликта. Нервозный, нетерпеливый, сверхчувствительный и ранимый, с заблокированной способностью расслабиться и наслаждаться. В сфере «деятельность» – сверхконтроль. В сфере «контакты» – стремится к контактам в тесном кругу людей, желая привязанности и близости, вместе с тем боится зависимости при слишком тесном контакте. В сфере «фантазии» – социальные ожидания и страхи.

Ребенка рано приучали к горшку. Амбивалентное отношение к матери – плохо развиты первичные способности.

Поносы – стремление быстро избавиться от чего-то ненужного, даже несущего опасность и угрозу, избавиться от того, что нельзя «переварить».

Отражение кишечных расстройств в психологическом портрете:

1. Запоры (спастические) – желание удержать нечто ценное: ребенок демонстрирует горшок с калом и получает поглаживание – подкрепление.

2. Поносы – защита, избавиться от вредоносного фактора.

3. Запоры (спастические) – реакция **накопления** (замедления прохождения по пищеварительному каналу). Запоры (атонические) – паралич кишечника – реакция **капитуляции**.

4. Понос – активный процесс изгнания – реакция **экспансии**. А возможен пассивный – паралич накопления – **смирение**, когда отказывают сфинктеры. Это скорее – недержание кала (рис. 32).

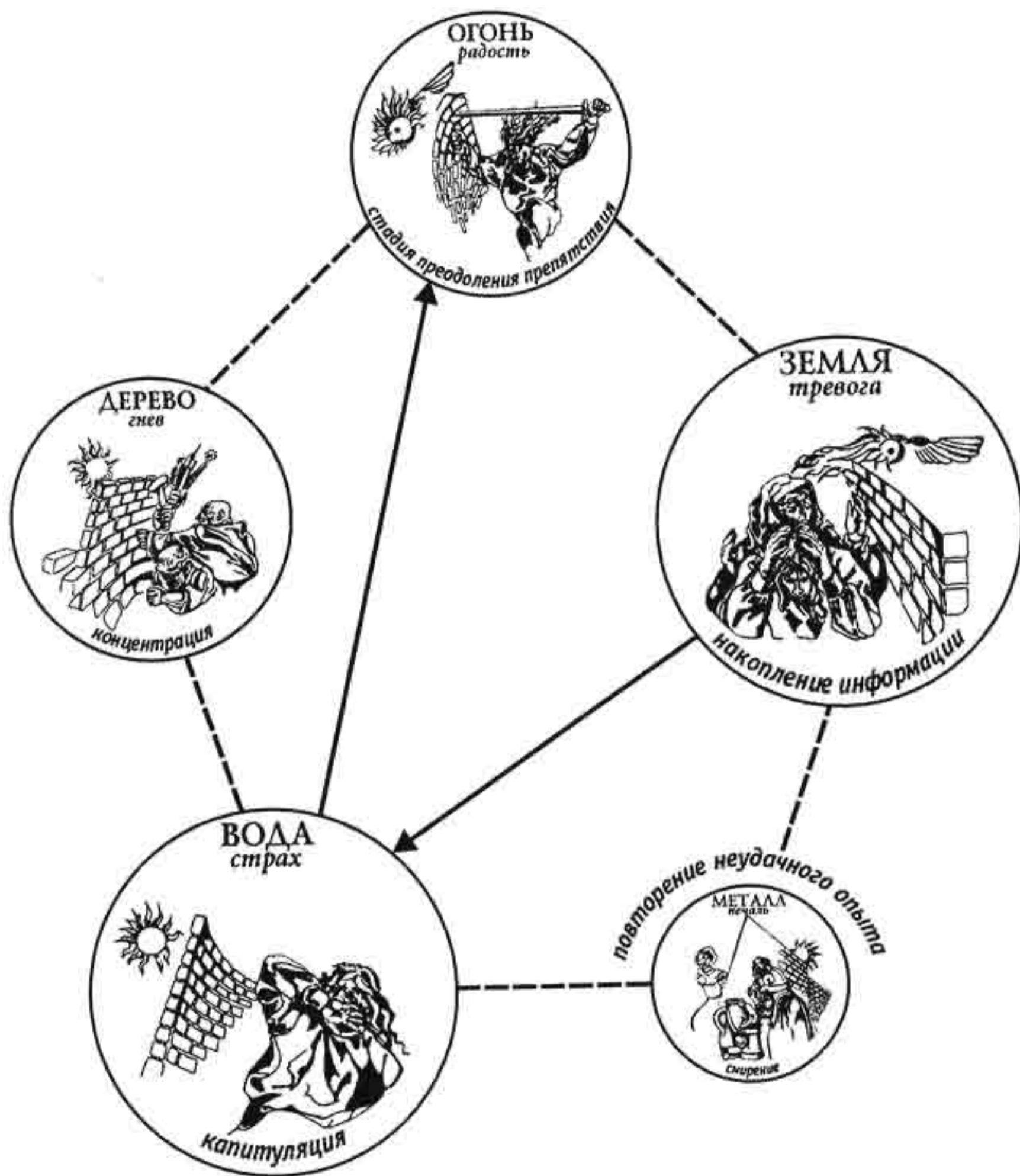


Рис.32. Колит

Хронические запоры наблюдаются по большей части у тревожных и депрессивных, внешне спокойных, но внутренне напряженных, малообщительных и неуверенных в себе пациентов: «Я ничего не могу ожидать от других и поэтому могу ничего им не давать, я должен удержать то, что у меня есть». Фрейд в этой связи говорил о триаде: упрямство, любовь к порядку и бережливость, их крайности: нетерпимость, педантизм и скупость.

Проблемы с толстой кишкой часто возникают у человека, который цепляется за старые идеи и убеждения (запор), или у того, кто слишком быстро отвергает идеи, которые могли бы оказаться полезными для него (понос). Он часто сталкивается с крупными противоречиями, которые не может **переварить**.

Иногда запор развивается как компенсация чрезмерного наслаждения тратами. Здесь речь идет о добродушных людях, которые склонны раздавать все, что у них есть. Это, может быть, объясняет большую склонность к запорам у женщин, чему мужчин, в женской социализации готовность к жертвам имеет, как и прежде, большое значение.

Хронический запор в детстве следует понимать как протестную реакцию, в том числе как протест против чрезмерно педантичного обучения опрятности. Фромм-Рейхман (1959) сообщала о пациентке, которая в возрасте 3,5 лет категорически отказывалась освободить кишечник, даже если ее заставляли подолгу сидеть на стульчаке. Она опорожняла его в трусы сразу же, как только вставала. По данным анамнеза, отец ежедневно требовал подробного отчета о стуле ребенка, был озабочен, если желаемое событие не произошло, и ругал за это мать. Дочь же, напротив, осыпал просьбами и ласками.

В ходе анализа выяснилось, что причиной детского невроза являются определенные черты характера отца, для которого забота о дочери была идентичной заботе о ее стуле. С помощью функций своего кишечника дочь могла по желанию управлять семьей, ссорить родителей и добиваться внимания отца.

После того, как по совету врача родители перестали беспокоиться о стуле ребенка, девочка, до сих пор послушная, вынуждена была открыто отреагировать свои побуждения упрямства и агрессии, которые раньше выражала с помощью запора. Она реагировала приступом ярости на то, что другие члены семьи не дают вовлечь себя в любимую до того игру усаживания на горшок. После первой вспышки ярости произошла перемена, прерывавшаяся иногда рецидивами. После того как окружение стало глухим к «языку кишечника», она оправлялась самостоятельно и искала новые формы проявления инстинктивных побуждений и фактов, до того увязанных с функцией кишечника.

Эмоциональная диарея

Эмоциональная диарея является одним из наиболее частых функциональных нарушений кишечника. Ей сопутствуют повышенная активность толстого кишечника и поносы, которые чередуются с запорами и могут сопровождаться нехарактерными вегетативными нарушениями. Пусковыми часто являются ситуации страха и перегрузки, связанные с чувством беспомощности.

Личность характеризуют страх перед авторитарными фигурами и чувство беспомощной зависимости. Чувства бессилия, изнуренности компенсируются чрезмерным желанием признания себя и социального успеха.

«Чувство страха и изнурения, хронически ощущаемое больным, может быть наиболее отчетливо проиллюстрировано состоянием экзаменуемого или оратора. Он видит себя потерпевшим неудачу, бессильным, побежденным. Лишь отдачей, подарком может он надеяться получить признание». Содержимое кишечника представляет собой инфантильную форму подарка.

Сочетание запоров и поносов в различной степени выраженности каждого из этих состояний представляют клиническую картину данной болезни.

ЛЕЧЕНИЕ

В начале долговременной поддерживающей психотерапии ставится задача выстраивания стабильных объектных отношений. Эта поддерживающая, ободряющая форма врачебного разговора путем терпеливого выслушивания, активного консультирования и целенаправленных указаний к действиям в вопросах преодоления болезни требует стабильных взаимоотношений с больным. Целью укрепляющей «Я терапии» является стимулирование автономности и доверия к собственной компетенции.

При поносах – переформирование негативного мышления (желания избавиться от чего-то ненужного) – в позитив – «все, что существует, – необходимо».

В любом случае необходимо установить чередование реакций в круге У Син по часовой стрелке, так как блок после накопления, застой в реакции тревоги – запоры, а застой в реакции экспансии – понос, как следствие усиления перистальтики. Особенно следует поставить акцент на стадии капитуляции, так как именно для нее характерна на «тонком» уровне – ВЕРА. **Вера в то, что в тебе присутствует божественное начало и что Вселенная заботится обо всем живом на планете, включая тебя.**

Вера позволит расслабиться, что так нужно при язвенном колите, когда запоры-спазмы чередуются с поносами-судорогами.

Болезнь Крона

Эта болезнь, также известная как илеит, – местное воспаление подвздошной кишки. Часто начинается остро и похожа на аппендицит. Характеризуется постоянным или перемежающимся поносом, который сопровождается болью в животе.

Пациенты с болезнью Крона вследствие своей выраженной потребности к автономии имеют тенденцию к более раннему, по сравнению с больными язвенным колитом, прерыванию терапии или вообще отказу от нее.

КАРТИНА ЛИЧНОСТИ

Слишком высокий уровень ответственности, воспитанный у некоторых людей с детства, приводит к их очень раннему взрослению. С позиций транзактного анализа, у таких детей очень рано формируется «взрослый», вытесняя «ребенка», особенно «свободного ребенка». Сочетание «взрослого» и «соматического ребенка» приводит к тому, что при столкновении с реальностями жизни очень быстро развиваются психосоматические расстройства, в частности болезнь Крона.

Это связано, с одной стороны, с тем, что ранняя ответственность выработала четкие стереотипы реакций на столкновения с психотравмирующими ситуациями. Изменения условий жизни требует новых реакций на эти изменения, а отсутствие (вернее, малая выраженность) качеств «свободного» ребенка лишает человека творческих возможностей. Только «свободный ребенок» с помощью «маленького профессора» (еще одной части ребенка) может создать новые «туннели реальности», изменить систему убеждений человека. Отсутствие возможностей адаптации делает его уязвимым. С другой стороны, постоянное чувство ответственности, постоянное напряжение «связывает» у него значительную часть энергии.

Большое внимание, которое у такого человека в детстве фиксировалось на анальной стадии («культура горшка»), привело к тому, что любая ситуация, требующая дополнительного напряжения, заставляет его неосознанно задерживать перистальтику кишечника, что и приводит к клиническим проявлениям болезни.

Стремление к социальному успеху, труду и ответственности у больных носит, по-видимому, функцию самоуспокоения. «Контрафобические» черты – «я ничего не боюсь!» – устанавливаются в более чем двух третях случаев, отрицание и вытеснение страха – в более чем одной трети. У четырех пятых больных в течение всей жизни отмечается стремление безусловно выдвинуться, с доводящим до изнеможения обязательством социального успеха и труда. У женщин это проявляется в повышенной потребности про-

изводить на свет детей и по возможности сверх того усыновлять чужих детей.

ЛЕЧЕНИЕ

Практически то же, что и при язвенном колите, акцент на переформировании стремления к совершенству в спокойствие (используя НАДЕЖДУ) и страха в расслабление (используя ВЕРУ).

Притча о белом слоне

Один богатый правитель объявил своему народу, что тот, кто возьмется научить разговаривать его любимого белого слона, получит в награду огромный дворец со всем, что в нем есть, сразу. Когда же обучение будет закончено, в награду этот человек получит полцарства. Если же тот, кто возьмется за эту работу, не выполнит ее во время, его ожидает смертная казнь.

В свите правителя нашелся один молодой человек, который взялся выполнить эту работу, оговорив себе срок в пять лет. Отец молодого человека очень сокрушался по этому поводу, прекрасно понимая, что задача, за которую тот взялся, не выполнима. Однако молодой человек спокойно сказал: «Знаешь, отец, впереди 5 лет. За это время может умереть или правитель, или слон, или я могу погибнуть на войне, а может случиться чудо – и слон заговорит. Впереди целых 5 лет! Давай пока наслаждаться жизнью в прекрасном дворце и не думать о будущем!»

Бронхиальная астма

Это широко распространенное заболевание системы дыхания, которое характеризуется приступами удушья, сопровождающимися затруднением выдоха вследствие спазмов мелких бронхов и бронхиол.

Общепринятой является точка зрения, что заболевание это – полиэтиологическое, чаще всего разделяют две его формы: аллергическую и инфекционную, иногда речь идет о смешанной – инфекционно-аллергической. Патогенетической основой аллергической формы является извращенная и усиленная реакция иммунитета, а инфекционной – ослабленные механизмы иммунитета. В случае смешанной формы – оба эти механизма сочетаются.

Факторы, провоцирующие приступы, также многочисленны: это и вдыхание аллергена, и кашель при инфекционном заболевании, и резкое изменение температуры вдыхаемого воздуха, и резкий звук или запах, и внезапная эмоция (прежде всего страх).

Если большое число стимулов вызывает одну и ту же реакцию, в ее основе должна лежать предрасположенность к включению именно этого механизма реагирования. Большинство авторов находят эту предрасположенность в наследственности. Не отвергая эту точку зрения, так как она подтверждена многочисленными статистическими исследованиями, мы хотим разобраться в терминологии. Что же авторы подразумевают под термином «наследственность»? Несомненно, переданное по наследству от родителей. Однако, мало вероятно, чтобы здесь шла речь о генетическом дефекте (по крайней мере, о таком дефекте генетики не знают), ничего не известно и о заболеваниях внутриутробного периода, которые могут привести к бронхиальной астме. Возможно, речь идет о наследственной модели воспитания.

Альберт Бандура убедительно показал роль моделей для подражания. Он обнаружил, что поведение ребенка формируется в значительной степени под воздействием наблюдаемых им моделей поведения взрослых, прежде всего родителей. Этим способом наследуется родительская модель поведения, а затем и родительский стереотип неосознанных убеждений – убеждений в том, как поступать хорошо и правильно, и как – плохо. Так, в одной семье принято решительное, уверенное, агрессивное отношение к препятствиям (проблемам), а в другой – отношение осторожное, пассивное, сдержанное. Вслед за убеждениями идут стереотипные эмоции и мысли, которые и

могут лежать в основе стереотипной реакции тела, в данном случае реакции в виде приступа удушья.

Справка: Бандура Альберт (1925–1988) – американский психолог, автор теории социального научения. Начав с методологии «стимул–реакция», он пришел к выводу, что для человеческого поведения данная модель не вполне применима, и предложил свою, которая лучше объясняет наблюдаемое поведение. На основании многочисленных исследований дал новую формулировку инструментального обусловливания, отведя в нем центральное место научению путем наблюдения за образцом. При этом подкрепление рассматривалось им не как единственная побуждающая сила научения, а лишь как способствующий фактор. Главной же причиной научения человека является наблюдение за образцами поведения других людей и за последствиями этого поведения: та или иная форма поведения становится мотивирующей в силу предвосхищения последствий данных действий. К числу таких последствий может относиться не только подкрепление со стороны других людей, но и самоподкрепление, обусловленное оценкой соблюдения внутренне обязательных стандартов поведения (стандарты самоподкрепления, которые демонстрируют другие люди). Научение через наблюдение необходимо в таких ситуациях, когда ошибки могут приводить к слишком значимым или даже фатальным последствиям.

Гипотеза: В основе бронхиальной астмы лежит стереотипная, не адекватная препятствию, наследуемая вследствие воспитания реакция на многочисленные стимулы физической, моральной и социальной сред.

Рассмотрим состояние кровообращения в малом круге. В норме давление в нем 21/9 ртутного столба (меньше, чем в большом круге, сопротивление). При гипертонии малого круга следствием увеличения давления является пропотевание плазмы крови из капилляров на поверхность альвеол. Это уменьшает поступление кислорода и выведение углекислого газа. Нарушение соответствия между мощностью кровотока и его оксигенацией приводит к раздражению рецепторов повышенным содержанием углекислого газа. Как следствие этого – увеличение глубины и частоты дыхания, в свою очередь продолжающее повышать давление в малом круге – выход плазмы продолжает усиливаться (М.Я.Жолондз).

Методы с задержкой дыхания, его урежением и уменьшением интенсивности вдоха, в частности метод Бутейко, препятствиями на вдохе и выдохе (метод Филатова) приводят к снижению давления в малом круге кровообращения, а значит, и к уменьшению процесса пропотевания плазмы, что положительно влияет на состояние пациента – приступ снимается.

Кроме того, возможен другой механизм положительного воздействия этих методов: дозированная гипоксия ведет к развитию капиллярного кровообращения. Можно полагать, что это в небольшой степени возможно в

состоянии тревоги, активизация процесса образования коллатералей происходит в состоянии спокойствия, а вот состояние страха (при капитуляции) этот процесс блокирует. Он возобновляется только при расслаблении.

Итак, предположительно, наследуемым механизмом поведения будущих больных бронхиальной астмой является такой, при котором на различные стимулы окружающей среды следует реакция в виде повышения давления в малом круге кровообращения. Реализация каких рефлексов приводит к такому повышению давления? Здесь возможны два варианта: 1) учащение и углубление дыхания; 2) асинхронное действие правого и левого сердца, при котором правое перекачивает больше крови, чем левое. Оба эти варианта адекватны при увеличении потребности в кислороде, накоплении и поставке энергии в виде кислорода, что осуществляется в ходе реакции смирения (усвоения). Как и в реакции накопления, этот процесс поставки энергии регулируется посредством усиления активности парасимпатки.

Если вслед за этим включается симпатическая система в целях преодоления препятствия, то левое сердце уравнивает давление малого круга, активно включаясь в перекачку крови к органам. В нашей модели левое сердце выполняет преимущественно симпатическую работу, а правое – парасимпатическую.

В случае, когда оба или один из механизмов повышения давления в малом круге включены (парасимпатическая реакция на этапах накопления и смирения), а симпатическая, направленная на преодоление препятствия, – нет, давление в малом круге становится устойчиво повышенным. Теперь нужно только небольшое дополнительное стимулирующее воздействие (любой источник напряжения) – и приступ удушья начнется.

Для реакций накопления и смирения характерны эмоции тревоги и печали. Подавленной (нежелательной, по сформировавшейся системе убеждений) является реакция агрессии. В клинической практике отмечено, что именно подавленное чувство агрессии (в частности, сексуальное) характерно для больных бронхиальной астмой.

Становится понятным механизм формирования наследственного стереотипа убеждений. Ребенок наблюдает поведение родителей, видит их реакцию на препятствие (отсутствие агрессии) и повторяет (моделирует) его. Кроме того, такое поведение ребенка подкрепляется родителями положительно: его хвалят и награждают за послушание различными способами. Противоположное поведение ребенка (агрессивность, непослушание) всячески подавляется отрицательными подкреплениями: наказанием и пренебрежением. В ответ на это переживающий сильную эмоциональную реакцию ребенок произвольно включает учащенное дыхание со всеми вытекающими

ми последствиями. В последующем с помощью механизмов «передвигания и сгущения» (термины из психоанализа) эти вегетативные реакции будут распространяться на большинство актуальных конфликтов.

Отсюда предложения по психотерапевтической профилактике бронхиальной астмы: искать возможности социально приемлемых форм проявления реакций экспансии (агрессии) ребенка.

Возвратимся к провоцирующим приступ факторам. При всем их многообразии они могут быть объединены одним механизмом – рефлексом. Это безусловный рефлекс ирритантных рецепторов, расположенных в дыхательных путях. Адекватная реакция этого рефлекса заключается в том, что раздражение этих рецепторов пылью, дымом, едкими газами приводит к усилению функции реснитчатого эпителия бронхов и кашлевому рефлексу для удаления частичек пыли и дыма вместе со слизью. Доказано, что эти рецепторы возбуждаются и внутренним фактором – гистамином, веществом, повышенное содержание которого наблюдается при всех аллергических реакциях. Итак, инфекции, инородные вещества, запахи, температура и аллергические реакции могут провоцировать приступ с помощью этого механизма.

Ну а как же страх? Широко известны анекдотические случаи, когда больной в гостинице, проснувшись из-за наступающего приступа, подбегает к окну, распахивает его, дышит свежим и прохладным воздухом и приступ проходит. Утром оказывается, что он открывал в незнакомой комнате не окно, а створки шкафа. Подобные случаи свидетельствуют о том, что в развитии приступа, а возможно, и в его провоцировании эмоция страха играет немалую роль. Следовательно, в приступе принимает участие и третья реакция – реакция капитуляции.

Итак, недостатка в кислороде больной бронхиальной астмой не испытывает ни в межприступном периоде, ни на пике приступа. Этот недостаток проявляется только при длительном некупирующемся приступе (бронхиальный статус) из-за развивающихся осложнений, самым грозным из которых является отек легких. Это осложнение развивается из-за резкого повышения давления в капиллярах малого круга и массивного проникновения плазмы крови и ее форменных элементов в полость альвеол.

Основанием для приступа является наследственно приобретенное (воспитанное) предпочтение реакций накопления и смирения (эмоций тревоги и печали). Провоцирующим фактором может быть любой, который вызывает рефлекс с ирритантных рецепторов. Среди них по частоте выделяются такие факторы, как аллергическая реакция, инфекции и, возможно, избыточное присутствие в бронхах слизи из-за повышенного образования ее из пропотевшей в альвеолы плазмы крови.

На всякое затруднение дыхания возможно возникновение 3-й стереотипной реакции – страха. Ответ на страх – усиление вдоха, повышение давление в малом круге, усиление секреции и защитное спазмирование бронхиальной мускулатуры: кислород не нужен, а больной продолжает жадно захватывать (накопление) и усваивать (смирение) кислород воздуха. Больной расширяется, раздувается вместо того, чтобы выделять излишек воздуха. Предполагается, что мешают этому не спазмированные бронхи, а страх и тревога. Чем же тогда объяснить положительный результат от применения бронхолитиков? Дело в том, что, согласно гипотезе чередования реакций, для разрешения приступа необходимо прийти к реакции экспансии. Это реакция расхода энергии, регулируемая активностью симпатической системы. Практически все средства, направленные на купирование приступа, – это средства, усиливающие активность симпатической системы. Сюда относятся и катехоламины (в частности, адреналин), и глюкокортикоиды. Именно последние, вместе с ускорением перехода на последующие реакции на препятствия, подавляют извращенный и усиленный иммунный ответ – аллергию.

Психотерапевтическая модель коррекции состояния больного при бронхиальной астме (а лучше сказать – при повышении давления в малом круге кровообращения) базируется на коррекции деструктивной модели чередования реакций у таких больных. Все начинается с тревоги (реакция накопления). Затем включается реакция смирения (усвоения) с характерной для нее печалью. И наконец присоединяется реакция капитуляции с ее страхом. В этом треугольнике (вместо пентаграммы) происходит смена реакций как в подсознании, так и в теле.

Пациент тревожится о будущем, печалится о прошлом и боится настоящего. Гнев и агрессия подавлены (рис. 33).

Задача состоит том, чтобы выявить источник агрессии, увидеть цель, к которой неосознанно стремится пациент. Это сформирует реакцию **концентрации**, а затем – показать конструктивные механизмы реализации цели как желаемого состояния. Такими конструктивами может быть только проявления реакций **экспансии** и **капитуляции** (отдых при расслаблении). По выражению Людвиг Бисвангера, мы должны помочь человеку стать «вентилируемым». Создать «каналы вентиляции» можно как с помощью реакции **экспансии**, позволяющей человеку сбросить агрессию, так и с помощью реакции **капитуляции**, дающей возможность расслабиться – и направить энергию на освоение внутренних пространств (личностный рост).

Реализация этой задачи возможна с помощью разных техник. Рациональная эмотивная терапия Альберта Эллиса имеет дело с такими группами иррациональных установок в мыслительной сфере:

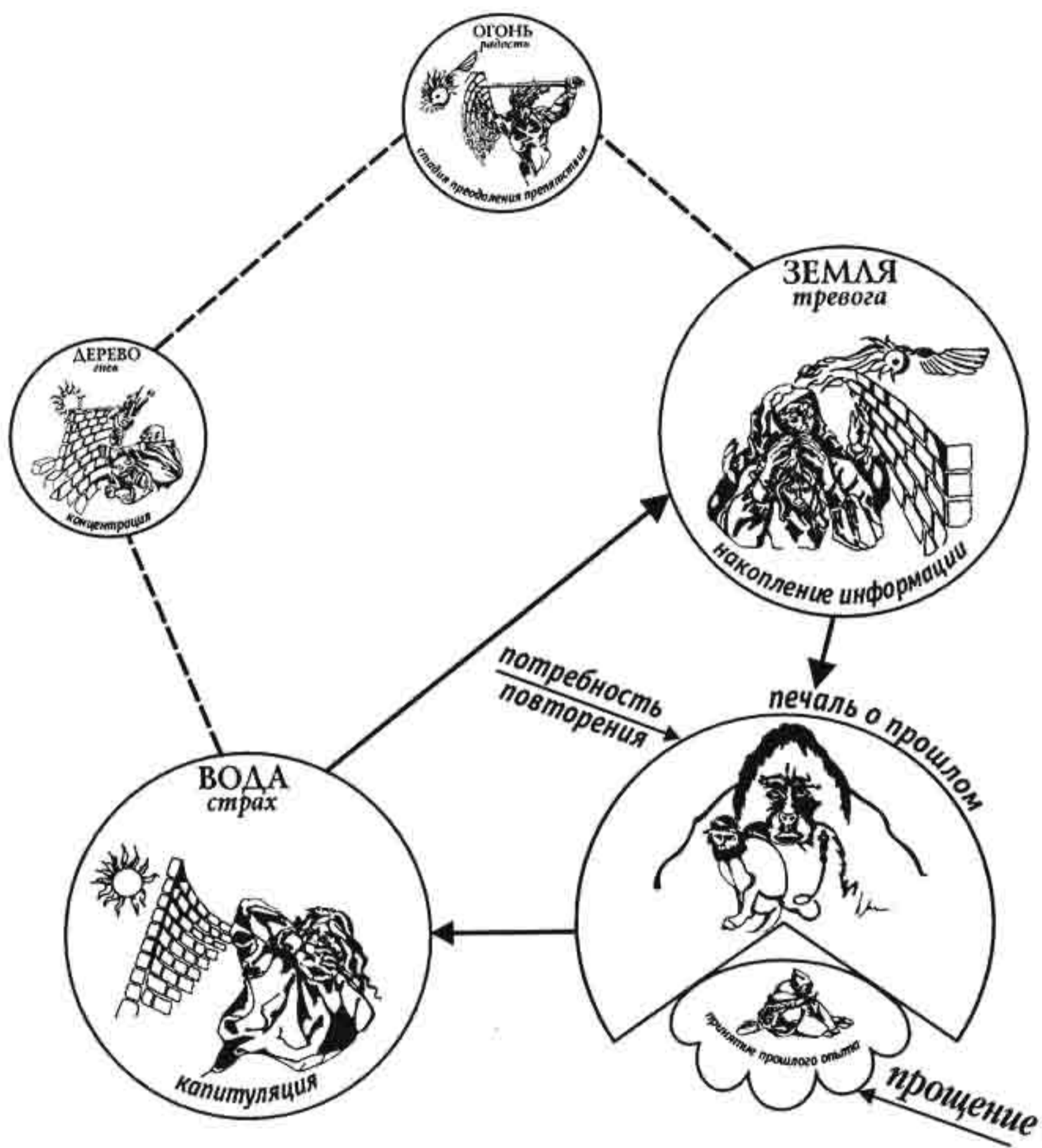


Рис.33. Бронхиальная астма

1. Универсальные установки долженствования, например: «Мир должен быть справедливым!»
2. Катастрофические установки: «Ужасно, когда тебя не любят!»
3. Установка обязательной реализации своих потребностей: «Я обязательно должен быть на высоте!...»
4. Оценочная установка, при которой оценивается личность человека в целом, а не отдельные его черты, качества, поступки.

Первые две из приведенных выше групп иррациональных установок характерны для убеждений почти всех больных бронхиальной астмой. Именно эти, приобретенные в ходе воспитания установки-убеждения заставляют человека поступать так, как требует его идеал (Супер-Эго), а не так, как требуют его потребности.

У здорового человека установки имеют вероятностный характер, выражают скорее пожелания и предпочтения особого рода событий.

Инсайт 1-й (по Эллису) – осознать связь иррационального мышления с событиями раннего детства (воспитания). С нашей точки зрения, наиболее удачной эта работа будет в том случае, если нам удастся найти ведущий импринт – отпечаток образа в подсознании пациента. Этот образ нам неоднократно удавалось найти во время целенаправленного погружения пациента в трансное состояние в сочетании с регрессией в раннее детство. Это были такие импринты: образ злобной колдуньи, которая при тщательном рассмотрении оказывалась матерью пациента, вспышка молнии за приоткрытой дверью, муха в паутине, пахнущая медом. В других случаях импринт удавалось обнаружить при анализе программных снов, обычно это были разного рода чудовища и катастрофические события.

Инсайт 2-й – увидеть связь прошлых убеждений с эмоциональными проблемами настоящего.

Инсайт 3-й – осознание того, что только благодаря тяжелой работе и практики можно исправить иррациональные убеждения.

Первые этапы этой работы (рациональное объяснение появления иррациональных установок и поиск импринтов) проводятся на сеансах индивидуальной психотерапии. В дальнейшем эта работа может проводиться в режиме групповой психотерапии, а также самостоятельно, методом самопомощи. Суть сеансов заключается в погружении пациента в состояние транса (глубина транса значения не имеет) и в недирективной работе с ним по гармонизации реакций на препятствия, адекватно требуемой ситуации, а также правильного их чередования.

Можно разграничить три подхода: авторитарный, стандартизированный и кооперативный – основанный на сотрудничестве.

АВТОРИТАРНЫЙ ПОДХОД

Этот подход, собственно говоря, есть классический гипноз, который предполагает наличие некоей «могущественной» личности (гипнотизера), обладающей «особыми» психическими способностями, например «гипнотическим взглядом» или «сильной волей», и заставляющей другую личность (субъект) впасть в относительно пассивное состояние, в котором та «восприимчива к внушению» со стороны гипнотизера. Считается, что такое внушение оказывает сильное влияние на поведение субъектов, иногда заставляя их поступать наперекор своей сознательной воле или повседневным привычкам. Может быть, самый огорчительный вывод, который из этого делается, состоит в том, что гипнотизер получает власть над субъектом. Это в высшей степени ошибочное мнение сильно мешает многим пациентам в полной мере участвовать в терапевтическом процессе.

Месмер, Бернгейм, Шарко и Фрейд использовали гипноз как асимметричное взаимодействие, в ходе которого гипнотизер, обычно харизматический мужчина, подчиняет своей власти пассивного субъекта, обычно женщину. Сосредоточивая внимание на власти гипнотизера, авторитарный подход не учитывает уникальности любого субъекта – его знаний, убеждений, способностей, а также не признает за пациентом возможности решать, какое участие он примет (и примет ли вообще) в психотерапевтическом процессе.

СТАНДАРТИЗОВАННЫЙ ПОДХОД

Не приписывая основной роли власти гипнотизера, эта точка зрения выдвигает на первый план субъекта как главный объект изучения, считая обычно степень восприимчивости к гипнозу присущим ему постоянным свойством. В силу этого гипнотизер может пользоваться стандартизованным набором воздействий, который остается неизменным для различных субъектов. Другими словами, субъект либо поддается гипнозу, либо нет, а от поведения гипнотизера в действительности мало что зависит.

КООПЕРАТИВНЫЙ ПОДХОД, ОСНОВАННЫЙ НА СОТРУДНИЧЕСТВЕ

Многие современные психотерапевты считают, что восприимчивость к трансу (мы намеренно с этого момента вместо слова «гипноз» будем употреблять слово «транс») отражает взаимодействие между мотивациями и интересами пациента, с одной стороны, и гибкостью и отзывчивостью терапевта, с другой. Основной вклад в такой клинический подход к трансу внес доктор медицины Милтон Г. Эриксон. Подход Эриксона заключается прежде всего в сотрудничестве и выдвигает на первый план взаимопроникающую триаду единиц, вовлеченных в гипнотический взаимообмен: терапевт, пациент и

взаимоотношения между ними. Такой подход подчеркивает, что транс всегда проявляется в контексте взаимоотношений, в котором ни терапевт, ни пациент не могут рассматриваться отдельно друг от друга. Стереотипы самопроявления субъекта рассматриваются как основа возникновения терапевтического трансa. Это требует не стандартизованных, а адаптивных команд: терапевт сначала следует за текущим поведением пациента, а затем начинает его вести. При этом путь к трансu всегда уникален, основан на уникальных самопроявлениях как терапевта, так и пациента. Другими словами, транс возникает из межличностного взаимодействия на уровне ощущений, когда терапевт подстраивается к пациенту, тем самым позволяя обеим сторонам становиться все более восприимчивыми друг к другу. Мягкий, недирективный, метафорический метод эриксоновских интервенций является мощным инструментом системы психотерапевтической коррекции.

Необходимо подчеркнуть, что никакими формами управления психикой пациента, т.е. прямыми директивами, мы не пользуемся. Это касается как рациональной работы, так и работы в трансe. Для ввода в транс мы используем преимущественно метод рассредоточения внимания. Трансовые тексты построены в основном на чередовании разных характеристик первоэлементов У Син.

Приведем пример такого текста:

Большой круг Планеты

Из тумана и блеска, тишины и гула, вихрей сгустившихся вибраций в затерявшейся дали неизмеримой Вселенной родилась Планета. Такой себе плохо оформленный шарик материи. С огромной скоростью летела Планета в пространстве, медленно проплывая в тени огромных светил. Спала наша Планета глубоким сном, и даже сны не приходили к ней, ведь сны – это калейдоскопы из событий прошлого, а прошлого у Планеты еще не было. Долго летела она в пространстве, не ощущая течения времени.

И вот однажды, миновав маленькую изумрудную звезду, Планета что-то почувствовала (нам трудно понять чувства планет, но говорят, что они похожи на чувства людей). Она была рассержена – кто-то нарушил ее покой, он теребил ее и гладил, грубо мял и ласково целовал. Это был залетевший с изумрудной звезды ветер – ветер перемен. Он играл с Планетой, как шаловливый щенок огромной силы, и ненароком уронил на Планету крохотный сверкающий изумрудик. Планета почувствовала, что изумрудик проник в нее и начал расти. Вверх росла гордая зеленая крона огромного

дерева, а вниз, разрывая внутренности Планеты, его могучие узловатые корни. Гнев и ярость охватили Планету. И затряслась она первый раз в своей жизни могучим планетотрясением. И рухнуло дерево, а Планета вздохнула с облегчением и поняла, что могучее дерево подняло часть ее недр на поверхность, а ей оставило в подарок замечательный способ создания новых вибраций, очистки недр и внутренней защиты.

А Планета летела дальше, и у громадной красной звезды ее коснулся небесный огонь. Вспыхнули остатки дерева кроваво-красным пламенем, и затрепетала от мстительной радости Планета – по заслугам получило дерево – ее мучитель. Огромный, все сжигающий костер пылал на Планете, и страшный жар опалил ее. К счастью, дерево вскоре сгорело дотла без остатка. Успокаивалась, остывала Планета, а затихший огонь оставил ей в подарок умение радоваться и мыслить, понимать, что хорошо и что плохо, различать добро и зло.

На месте сгоревшего дерева, там, где пылал костер, остался пепел. Смешавшись с пылью и песком Планеты, создал пепел первую на этой Планете охрянно-желтую землю – почву, которая была для чего-то предназначена, а для чего, Планета не знала. И охватила ее тревога: нужно было с этой землей что-то делать, а она не могла решиться на серьезные перемены. Только после того, как пролетавшая мимо комета уделила ей часть влаги из своего пышного хвоста, Планета успокоилась и поняла, что получила и от земли подарок – еще один способ изменений путем извлечения вибраций из окружающего мира.

А Планета летела дальше и, пролетая вблизи таинственной туманности, вдруг ощутила смутную тоску. Это была тоска по предстоящей утрате чего-то еще не рожденного. А земля в это время вынашивала в своей глубине что-то блестящее, твердое и сухое, то, что могло резать, как нож, и сшивать, как игла, греметь, как литавры, или пахать, как плуг, сверкать, как зеркало, или рубить, как топор. Это был металл. Он принес Планете способ копить энергию вибраций и способность использовать их в нужный момент.

Летела Планета и обжигал ее холод черного Космоса, и темнел блестящий металл, а темнея, растекался жидкостью по Планете, пока полностью не покрыл ее толстым слоем воды, бездонно-черной в своей глубине и невыносимо холодной. Сжалась под водой от ужаса Планета – неужели никогда она не увидит из-под толщи воды звездное небо, не увидит Солнце, к которому она, может быть, когда-нибудь прибьется. Планета забыла, что дерево, падая, усыпало всю ее крошечными изумрудиками, и они, напоенные водой, проклюнулись зелеными ростками деревьев. Бурно развиваясь, они

быстро высосали – выпили всю воду. Ушла вода, подарив Планете не только способ хранить энергию, но и темную, глубокую, таинственную способность создавать новую жизнь. И начался цикл второй.

Цикл второй – «Утончение» – начался во время перемен, когда светлые силы Ян пошли на убыль, но темные глубины Инь еще не подошли. Это было в разгар лета, когда царила Земля. Снова далеким набатом загудела Тревога, стало появляться понимание, что предстоит сделать что-то очень важное, но вот что – Планета еще не знала. Медленно-медленно, путем долгих размышлений созревало решение, оно не было чем-то определенным – это просто была готовность встретить все, что может уготовить Планете судьба, и с этой готовностью пришло Спокойствие.

Перемены продолжались, накатывались волны Инь, и с ними вернулась Тоска – сожаление, ведь очень жалко было расставаться со всем, приобретенным в таких муках и за столь долгие годы. И пришло понимание неизбежности потерь – ведь изменение невозможно только путем приобретений, что-то должно уходить, раз что-то приходит, да и уходит это не куда-то, а все в тот же бесконечный океан Вселенной, частью которого является Планета. И на смену великой Тоске пришло Принятие – чувство растворения в этом величайшем из океанов.

Накатились самые темные силы Инь, и с ними возвратился Страх. И все же это был не тот животный Ужас, что в прошлом цикле, это был охранительный Страх – беспокойство за все то, что рождалось в темных глубинах Планеты. Она чувствовала, что это что-то – бесконечно дорогое и неведомое ей ранее чувство – Любовь – охватывало ее все с большей силой. И пришла Вера, давая ей возможность расслабиться.

Ушла Зима, и появился свет Ян. Забурлили ручьи, и с ними могучие силы Планеты хотели вырваться на поверхность с прежними Гневом и Яростью, но Планета была уже не та – пришла концентрация сил на самых простых, конкретных и таких нужных делах. На смену Гневу пришла Воля – великая сила свершений и Творчества, сила, возможная лишь в состоянии, противоположном концентрации внимания, – в Трансе.

Настало время расцвета Ян. Радость победы уступила место Восторгу жизни – ничего не нужно, нужно просто жить и радоваться жизни, а еще нужно благодарить. И тогда пришла великая Благодарность, чистыми слезами Благодарности омылась Планета и продолжила свой путь.

Эффективность подобного рода текстов значительно увеличивается, если их поместить в глубину многослойной метафоры. Например, ввод в мета-

фору происходит путем характеристики поведения двух человек, с одним из которых по ряду признаков пациент себя идентифицирует. Поведение этого человека носит деструктивный характер из-за иррациональных убеждений. Затем вводятся новые персонажи, например, родители. Идет рассказ о том, как эти иррациональные убеждения (высокоморальные и якобы «совершенно необходимые») у родителей формировались. После этого начинаем «вращать» круг пяти элементов. В простейшем варианте это может быть чередование цветов: желтый сменяет красный, затем приходит белый, ему на смену – черный, после этого – зеленый и наконец вновь – красный. Это может быть чередование времен года, стихий, эмоций и т.д.

Затем мы возвращаемся ко второй метафоре (родителям) и рассказываем о том, как изменение системы убеждений могло бы положительно повлиять на события их жизни. После этого мы вновь рассматриваем первую (вводную) метафору, показывая, как позитивно повлиял на ее героя отказ от иррациональных установок. Как правило, пациент не помнит истории, встроенной в глубину метафоры. Это и есть доказательство того, что она пошла на уровень подсознания.

Другим средством усиления эффективности работы в трансе является предварительное обсуждение проблем пациента с позиций логотерапии Виктора Франкла (терапии смыслом). Смысл страдания и болезни, жизни и смерти, любви и свободы – все эти категории обсуждаются при активном участии пациента (создается общий язык). Затем эти понятия используются во время работы в трансе. Разумеется, логотерапия требует достаточно высокого уровня интеллекта пациента.

Во время последних сеансов мы обучаем пациентов методам самотранса и целенаправленной медитации, призванной поддерживать устойчивое правильное чередование реакций на препятствие. Кроме того, здесь же мы обсуждаем религиозные вопросы, если пациент верующий, и вопросы личностного роста, если он атеист.

В систему убеждений человека в целях ее коррекции можно зайти и со стороны тела. Именно через тело работают специалисты по телесно-ориентированной психотерапии. В нашей модели механизм действия телесно-ориентированных методов представляется так: физическими и дыхательными упражнениями терапевт снимает мышечные блоки, тем самым снимая блоки в чередовании реакций. В случае бронхиальной астмы это блок между реакциями смирения и капитуляции, с одной стороны, и концентрации и экспансии, с другой.

Соответствие блоков эмоций и мышечных блоков, по нашим наблюдениям, выглядит следующим образом.

1. Заблокированная **радость** – мышцы тазового дна.
2. Заблокированная **тревога** – мышцы шеи и затылка (не показать, что внимание фиксируется на объекте).
3. Заблокированная **печаль** – диафрагма (не дает плакать).
4. Заблокированный **страх** – мышцы живота (живот вперед при псевдо-агрессии).
5. Заблокированный **гнев** – верхняя часть спины и височные мышцы.

В случае бронхиальной астмы блоки более выражены в области живота (диафрагма и мышцы живота).

Поскольку бронхиальная астма – заболевание органов дыхания, необходимо рассмотреть механизмы позитивного воздействия дыхательных упражнений и возможную их связь с неосознаваемыми психозмоциональными процессами. Особо следует остановиться на тренировках с помощью дыхательного тренажера Фролова. Нам представляется, что этот метод, кроме тех преимуществ, которые дают все методы с затруднением выдоха и которые приводят к понижению давления в малом круге, имеет ряд существенных преимуществ.

Реаниматологи давно применяют метод повышения оксигенации крови с помощью повышения парциального давления кислорода и удлинения экспозиции контакта крови с кислородом альвеолярного воздуха. Это достигается путем затруднения выдоха с помощью погружения в воду конца шланга патрубка выдыхаемого воздуха дыхательного аппарата и при контролируемом давлении в 2-3 мм водного столба.

В аппарате Фролова вдох и выдох осуществляются через слой воды примерно при том же давлении. Не возникает сомнения в том, что оксигенация вследствие этого ухудшается, что и является основой для критики метода. Вместе с тем, уменьшение количества не всегда есть ухудшение качества. Сохранение качества, в данном случае качества дыхания, может быть сохранено и даже улучшено за счет более экономного расходования кислорода. Это экономное расходование возможно за счет других способов ассимиляции и транспортировки кислорода. Ряд исследователей высказали предположения, что это может быть реакция свободно-радикального окисления ненасыщенных жирных кислот. Эта реакция связана не столько с потреблением кислорода (он необходим только для инициации реакции), сколько с переменной валентности железа гемоглобина с 2- на 3-валентную. Появляется лишний электрон, который и может быть носителем другого (первый – классический цикл Кребса) источника энергии. Возможен и третий путь – электромагнитное возбуждение, когда электрон переходит на более высокий энергетический уровень. По всей видимости, это эволюционно древние пути

получения энергии тканями организма, однако они существуют в законсервированном виде у человека и путем тренировок могут быть восстановлены. Это убедительно показывает практика йоги.

В последние годы появились экспериментальные подтверждения того теоретического положения, что природа ничего из своих достижений и находок не теряет, сохраняя их в том или ином виде. Так, заведующий кафедрой биофизики МГУ профессор Г.Ю.Резниченко показала, что стрессовые воздействия на колонии водорослей приводят к разблокированию у некоторых особей ранее существовавших полезных мутаций, что влечет за собой формирование новых типов реагирования на стрессы и выживание колонии.

Тренировки с помощью тренажера Фролова вызывают дозированную гипоксию, что снижает давление в легочном круге и, согласно принципу обратной связи, тревогу (именно тревога инициирует вдох в цикле дыхания). Занятия на тренажере тренируют процесс открытия коллатералей, а возможно, и образование новых. В ходе тренировок понижение оксигенации сопровождается некоторым наддувом легких, что, как в практике реаниматологов, улучшает процесс усвоения кислорода за счет удлинения времени экспозиции.

Возможно и то, что гипоксия тканей в сочетании с наддувом легких запускает другой тип реакции ассимиляции энергии кислорода и внешних излучений различного характера («законсервированные» полезные мутации). Полный переход на эти типы реакций, как к этому призывает Фролов, вряд ли возможны и необходимы. С философской точки зрения, более молодые механизмы жизнеобеспечения появляются именно потому, что старые не соответствуют новым условиям. С практической точки зрения, можно отметить, что йоги, переходя на другой тип дыхания, ведут энергетически очень экономный образ жизни. Отсюда вывод: эти тренировки нужны для того, чтобы получить их побочные эффекты, о которых говорилось выше, а вовсе не для того, чтобы жить с помощью затрудненного выдоха в условиях повышенного энергетического расхода. Спортсмен, тренируя какие-то качества, в обычной жизни их не использует. Цель (например, стать сильным) следует отличать от средства (поднятие тяжестей). Смешно бы выглядел человек, непрерывно таскающий с собой штангу (хотя известны и такие примеры – юродивые с пудовыми веригами, но в данном случае речь идет о другой плоскости жизни).

Таким образом, для тренировки внешнего дыхания необходимы дыхательные упражнения с полным вдохом и обязательным максимальным участием диафрагмы, а для тренировки тканевого дыхания – дыхательные упражнения с затрудненным вдохом и выдохом (гипоксия и наддув). Обычному

полному дыхательному циклу соответствует стандартный набор эмоций: тревога заставляет сделать вдох, печаль – принять (усвоить) кислород, страх – остановить дыхание (сделать паузу после вдоха), гнев – выдохнуть и радость – задержать дыхание после выдоха. Вспомним рекомендацию Остапа Бендера: «Дышите глубже – вы взволнованы!», т.е. «Пройдите весь дыхательный цикл!»

В случае дозированного затрудненного выдоха на место **тревоги приходит спокойствие** («я ни о чем не беспокоюсь и не спешу хватать не нужный мне сейчас кислород!»). На место **печали (присвоения) приходит принятие**, чувство растворения в Универсуме. На место **страху приходит расслабление**. При переходе на более высокий виток спирали пяти элементов страх капитуляции трансформируется в любовь самоотдачи. После паралича наступает расслабление, на место страха за себя (эгоизма) приходит беспокойство за других (семью, род, человечество) – альтруистические реакции. Страху здесь не может быть места, страх не даст возможности продления рода, так как страх не позволит расшириться сосудам пениса и эрекция не произойдет. Выдох в данном случае соответствует **не гневу, а воле**, т.е. воле к осуществлению свободного выбора во всем, даже в способе дыхания, появляется возможность творчества, создания нового, требующая **транссового подхода** (рис. 34).

И наконец, завершение цикла – это уже не радость экспансии, а **чувство благодарности**, благодарности за жизнь вообще и за все способы ее проявления, в частности.

Особенности психотерапии бронхиальной астмы в детском возрасте

Бронхиальная астма часто встречается у детей. Особенности ее психотерапевтического лечения связаны с двумя факторами:

1. Рациональная работа с детьми практически невозможна из-за отсутствия у большинства из них достаточного жизненного опыта. Чем меньше возраст ребенка, тем более фантастичен мир его представлений и тем легче повлиять на этот мир с помощью метафоры – сказки.

2. Больной ребенок очень часто является симптомом неблагополучия в семье. Поэтому эффективная работа и стабильный результат терапии зависят от того, являются ли родители союзниками терапевта, согласны ли они работать как над собой, так и с ребенком.

Убедительным доказательством этого положения является приведенное ниже клиническое наблюдение.

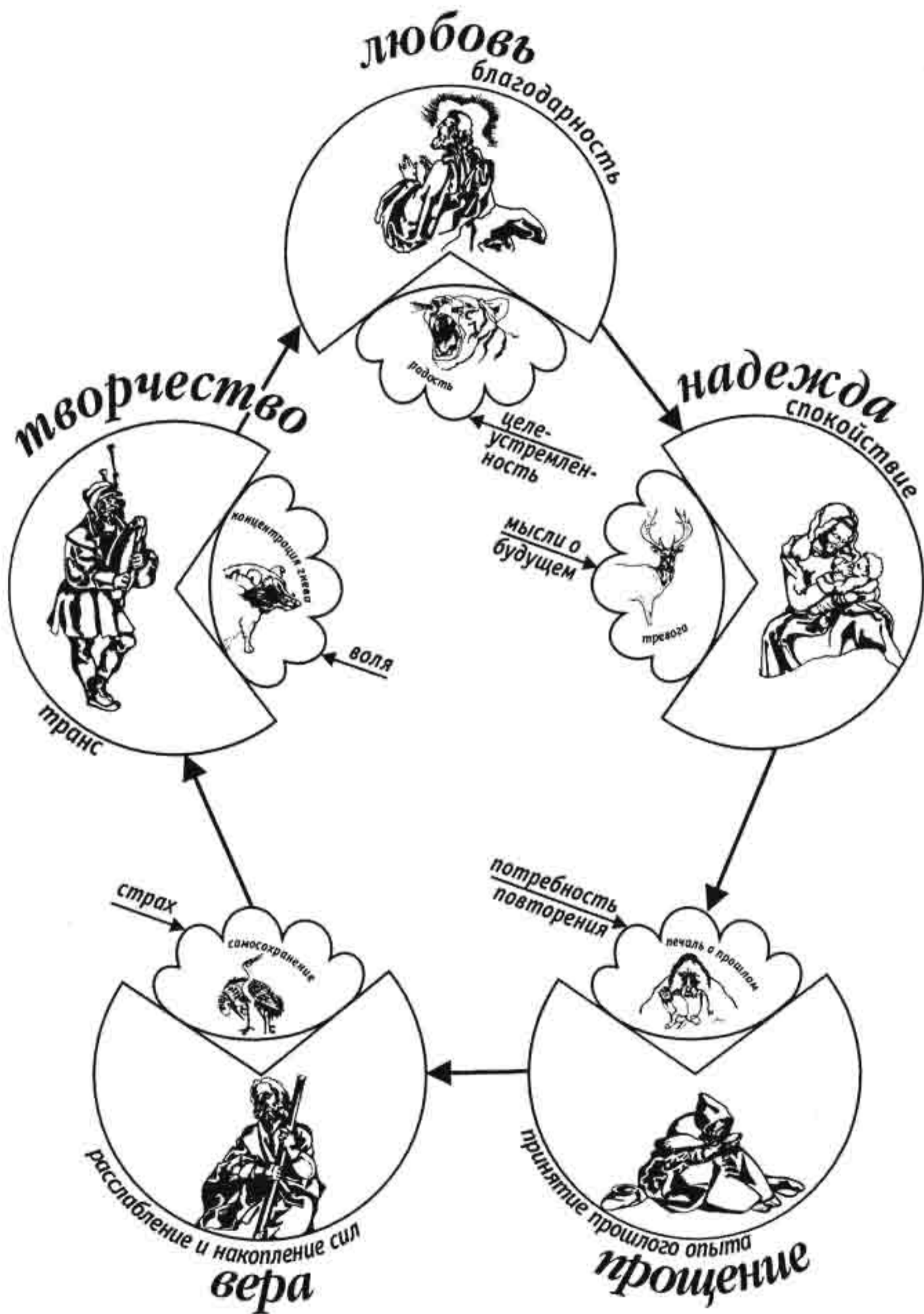


Рис.34. Бронхиальная астма

Больная Наташа Е. 10 лет со следующим диагнозом: бронхиальная астма (смешанная форма); хронический трахеобронхит; поступила под наблюдение с частыми приступами удушья, которые купировались ингаляционными бронхолитиками. Девочка с избыточным весом, не по годам развита. В школу не ходит из-за частых простуд (неоднократно переносила пневмонию). Отец, врач по профессии, ушел из семьи до рождения ребенка, мать – врач, много внимания уделяющая своей деятельности и научной карьере. Девочкой занимается бабушка, педагог по профессии.

Во время первых же встреч удалось выявить импринт: мохнатое, похожее на медведя, чудовище. В любой тревожной ситуации девочке казалось, что вот сейчас покажется это чудовище, что и провоцировало приступ удушья. Для девочки была придумана метафора – сказка.

Ушалья

В семье молодой сильной львицы и красавца павлина родилась маленькая девочка-леопардик. Сильная и умная мама-львица дала при рождении своей дочке способность хорошо учиться, а папа-павлин подарил ей богатое воображение – она легко могла представить себе все что угодно: люди, звери и птицы были в ее мыслях, как живые. Уютное логово, в котором жила семья, было расположено в лесу возле ручья, и когда пришло время дать леопарденку имя, ветер в лесу протянул – У-У-У, листва деревьев зашептала – Ш-а-а-а, а ручеек весело ответил им – Лья-Лья-Лья.

Так и называли дочку У-ша-лья.

Хорошо жилось девочке-леопарду. Бабушка-наседка читала ей сказки, водила на прогулки в парк, где девочка любовалась цветами и травами, или в зоопарк, где ей особенно понравились львица и павлин, краски на хвосте у которого менялись по его желанию.

И вот однажды, когда бабушка ушла в магазин, а мама-львица – на охоту, к ним в логово залез медведь. Ушалья сильно испугалась и затаилась в уголке, не дыша, и медведь ее не заметил. С этого момента она решила, что от любой опасности можно спастись, стоит только затаиться, чтобы тебя никто не заметил.

Ушалья жила себе спокойно, научилась сама читать, с удовольствием смотрела по телевизору кинофильмы – и не только детские «мультки», но и серьезные, взрослые фильмы. Ее богатое воображение открывало ей дорогу в собственные фильмы-мечты, и она жила в них и игралась, как в настоящей жизни. Да она и не отличала выдуманную жизнь от настоящей.

Как-то в одной из придуманных сказок она увидела существо, похожее на посетившего их логово медведя. Ушалье стало страшно, она притаилась в своем логове-кроватьке и заболела – у нее поднялась температура. Как перепугалась, как раскудахталась наседка, срочно вызвала львицу, вместе они разыскали мудрого Филина – «Лечи нашу девочку!»

Чем больше они суетились вокруг Ушалы, чем испуганнее казались, тем страшнее ей становилось. Страшное существо, похожее на медведя, чаще приходило в ее придуманную жизнь, и она все сильнее болела. Мудрый Филин нашел для нее очень сильное лекарство, и ей стало полегче, только временами было трудно дышать.

Решила мама-львица отправить Ушалю с бабушкой-наседкой в светлый лес, рядом с которым были луг, озеро и речка. На лугу цвели цветы, звонко пели птицы, а в озере отражались медленно плывущие облака. Во время одной из прогулок, когда бабушка-наседка зазевалась, Ушалья подошла к самому высокому обрыву у реки, посмотрела вниз, а там водоворот. И представилось ей, что там, в водовороте, переливаясь красками, купается павлин. Очень захотелось ей прыгнуть вниз, к павлину, ведь она уже хорошо умела плавать. И вдруг!

Перед ее глазами встало Страшилище: большое-большое, лохматое, черное, очень толстое, с огромными глазами, и скомандовало: «Назад!» Это было Страшилище из ее придуманного мира, и девочка-леопард сильно испугалась. И она побежала к бабушке, рассказала ей все и успокоилась.

Думая о случившемся, Ушалья решила, что эта встреча не случайная – Страшилище так просто ее в покое не оставит. И она со страхом ожидала новой встречи.

Вскоре Ушалья снова повстречала в лесу Страшилище, когда ей очень захотелось спрятаться одной в гуще леса, затеряться, затаиться ото всех.

Снова появилось большое, лохматое чудовище, взглянуло на нее огромными глазами и сказало: «Нельзя!» Но в этот раз Ушалья заметила, что глаза у Страшилища хоть и большущие, но не очень злые, а когда подошла, обмирая от страха, к нему поближе, то увидела, что они вовсе и не злые, а добрые.

Очень удивилась она: «Как это – Страшилище и вдруг – доброе?» Повстречался ей на дороге Ворон и объяснил, что это Страшилище – ее добрый и умный Друг-Страх, который охраняет ее и не позволяет всякой опасности угрожать ей. Ворон посоветовал Ушалье подружиться со Страшилищем и попробовать его погладить – оно, должно быть, очень приятное на ощупь и пахнет лимоном. И еще Ворон сказал, что нужно познакомиться с ним

маму и бабушку, и вообще, нужно пускать их в свой придуманный мир и играть там вместе с ними, как в настоящем.

При следующей встрече со Страшилищем Ушалья решила поговорить с ним, и оказалось, что с ним очень интересно разговаривать и играть. Это Страшилище знало очень много игр и умело предупредить ее о возможных опасностях.

Много было приключений у девочки-леопарда Ушалья, но об этом – в другой сказке.

Фактически в этой сказке был переписан импринт: чудовище осталось, но отношение к нему резко изменилось. Для закрепления эффекта ребенку связали игрушку – Страшилище с огромными глазами, надушенное маслом лимона. Вечерами девочка брала эту игрушку с собой в постель.

Больших трудов стоило уговорить бабушку прекратить интенсивную терапию простудных заболеваний и дать возможность организму запустить совершенно подавленные механизмы иммунитета.

Во время бесед с матерью ей пояснили причину заболевания: отец редко появлялся в доме и все внимание девочки было сосредоточено на матери, которая уделяла ей крайне мало внимания. Этот дефицит любви и частые разговоры в доме о смерти пациентов (мать много оперировала и, конечно же, такие исходы случались) сформировали устойчивый тревожно-мнительный фон, который усиливался панической реакцией бабушки на обычные аденовирусные инфекции.

Мать стала проводить с девочкой больше времени, на ее бронхит перестали реагировать, приступы вначале стали реже, а затем и вовсе прекратились. Девочка пошла в школу, догнала учебную программу, очень хорошо училась, практически не болела. Настораживало избыточное питание девочки при достаточной подвижности – это могло свидетельствовать о сохранившейся тревожной реакции.

Примерно через год мать вновь с головой ушла в работу, девочке опять стало не хватать материнского внимания и первый же серьезный конфликт с одноклассниками закончился пневмонией. Как и прежде, на ее лечение были брошены все силы семьи, применялись мощнейшие антибиотики и после выздоровления от пневмонии возобновились приступы бронхиальной астмы.

Несмотря на имевшийся положительный опыт психотерапевтического лечения в прошлом, ни мама, ни бабушка повторить курс лечения не хотели. Они понимали, что меняться придется им – мама же не хотела менять свой образ жизни, а бабушка – убеждения.

Заканчивая данный раздел, мы хотим, чтобы у читателя не создалось впечатления, что автор категорически возражает против медикаментозного лечения. Оно часто является обязательным. И вместе с тем, при переходе к хроническим формам заболевания психотерапевтическая коррекция необходима, так как истинные причины хронизации болезни – неосознаваемые деструктивные убеждения, нарушающие нормальный ход чередования реакций на препятствие.

Приведенные выше психотерапевтические рекомендации для лечения как взрослых, так и детей, отражают наши предпочтения. Ни в коем случае не следует считать, что они подходят для всех. Психотерапия остается в большей степени искусством, чем наукой. А поэтому, как и в каждом искусстве, четких границ мастерства провести нельзя.

Туберкулез

В отношении того, считать ли туберкулез психосоматическим заболеванием, есть расхождения. И вместе с тем, подростки, больные туберкулезом, заметно отличаются от здоровых сверстников общей высокой акцентуированностью, в частности эмоционально-лабильной и лабильно-истероидной. Это свидетельствует о повышенной вероятности возникновения в их жизни стрессовых ситуаций, чрезмерной впечатлительности и повышенной чувствительности к отношению и оценкам окружающих. Эти больные обнаруживают крайне выраженную ранимость в ситуациях, когда они лишены любви.

В связи с тем что причиной заболевания является снижение иммунитета к нему (имеются работы, доказывающие возможность рецидива первичного туберкулеза: распространение процесса из очага первичной инфекции – кальцинированного первичного очага или бронхиального лимфоузла), необходимо найти связь между напряжением иммунитета и патологизирующими воздействиями семьи. Среди многих механизмов регуляции иммунитета существует и такой механизм, как регуляция с помощью гормонов коры надпочечников. Выработка этих гормонов снижается, когда нужно уменьшить реакцию на чужеродные белки и когда истощается биохимический механизм их образования. Можно предположить, что при оценке препятствия и собственных возможностей для его преодоления, принимается решение в пользу выбора такого способа преодоления препятствия, который произведет наибольшее впечатление на окружающих. В поведении это амбивалентность желаний «брать» и «давать», в соматике – амбивалентность проявлений иммунитета и аллергии, сочетание которых и формирует своеобразную клиническую картину туберкулеза.

Заболевает лишь незначительная часть инфицированных потенциальным патогенным возбудителем людей. Следовательно, здесь речь идет о неполноценном иммунном ответе.

Существенными для психосоматического механизма возникновения заболевания являются не внезапные удары судьбы и тяжелые душевные травмы, а хронические состояния, возникающие, например, когда на длительное время затягивается выбор профессии или супружеского партнера. Постоянно изнуряющее напряжение и конфликты, разочарования, длительный страх или постоянные раздоры могут повлиять на возникновение заболевания.

Huebschmann (1952) приводит многие истории болезни, из которых следует, что болезнь представляет эквивалент жизненно важного решения. Выздоровление наступает, когда ситуация разрешается извне, в силу чего внутреннее решение заболеть становится излишним.

Личность больного туберкулезом не соответствует какому-то единому типу, однако она имеет один общий признак: большую ранимость ко всякому отнятию любви, потребность остаться вблизи матери, в узкой зоне безопасности, в центре которой находится мать. Есть тип людей, которые открыто проявляют свою потребность в любви; другие же хотят любой ценой избавиться от этой пассивной безопасности, в которой они в то же время имеют такую же боязливую потребность. Kissen (Kissen и Le Shan, 1964) описал в качестве бросающейся в глаза особенности личности туберкулезных больных «необычайную потребность в симпатии».

Рост в стране заболеваемости туберкулезом среди прочих причин может объясняться тем, что душевно тонкие, ранимые люди не выдерживают напряжений, которые создаются постоянной психотравматизацией в связи с неопределенностью будущего.

Снижение иммунитета, скорее всего, происходит в фазе смирения, когда человек теряет возможность воспринять позитивно свой прежний опыт. Как было показано в разделе «Иммунитет, аллергия и воспаление», в этой фазе иммунитета в клетках памяти разыскивается характеристика (маркеры) предъявляемых макрофагами белков – антигенов. Поскольку это связано с принятием прошлого опыта, это – фаза принятия (**смирения**). Клетки памяти обучаются «фундаментальным» наукам по приобретению такого опыта в селезенке и костном мозге, а «высшее» образование (тонкие специфические ответы) они получают в эпителиальных клетках вилочковой железы. Мы уже знаем, что нарушения в этой фазе связаны с отсутствием умения прощать. По всей видимости, чувство обиды «репрессирует» ген, ответственный за выработку белков-рецепторов маркеров антигенов бациллы туберкулеза. Вредоносный агент, который ранее не приносил вреда инфицированному организму, так как был «узнан» и активность его была контролируемо подавлена, начинает бесконтрольно размножаться.

Своеобразие туберкулеза заключается в том, что одновременно с ним наблюдаются и аллергические проявления, в частности, демонстрируемые аллергическими пробами Пирке и Манту. Как мы знаем, при аллергии подавляется механизм иммунной толерантности, инициируемый глюкокортикоидами. В психосоматике это вызвано отсутствием умения расслабиться, что говорит об отсутствии или недостатке ВЕРЫ: в себя, других, Высший Порядок.

Таким образом, выражена **тревожность в фазе накопления** (застой – избыток качества), отсутствует **умение прощать** (недостаток качества в фазе **смирения**), недостаток в фазе **капитуляции** (нет **Веры**, и нет умения **расслабиться**), нет **концентрации**, а **экспансия** выражается извращенным способом – аллергическими реакциями тяжелого хронического заболевания («фантом») (рис. 35).

Отсюда вытекает терапевтическая задача: работа по переформированию **печали в ПРОЩЕНИЕ**, а **страха – в ВЕРУ**. Подавленный **гнев** следует выпустить наружу, направив его на достижение определенных целей как в личной жизни, так и в области достижений – **ТВОРЧЕСТВА**.

В работе с детьми, больными туберкулезом, необходимо корректирующее воздействие на внутрисемейные отношения. Общепринятая практика длительного лишения таких детей общения с родными только ухудшает ситуацию.

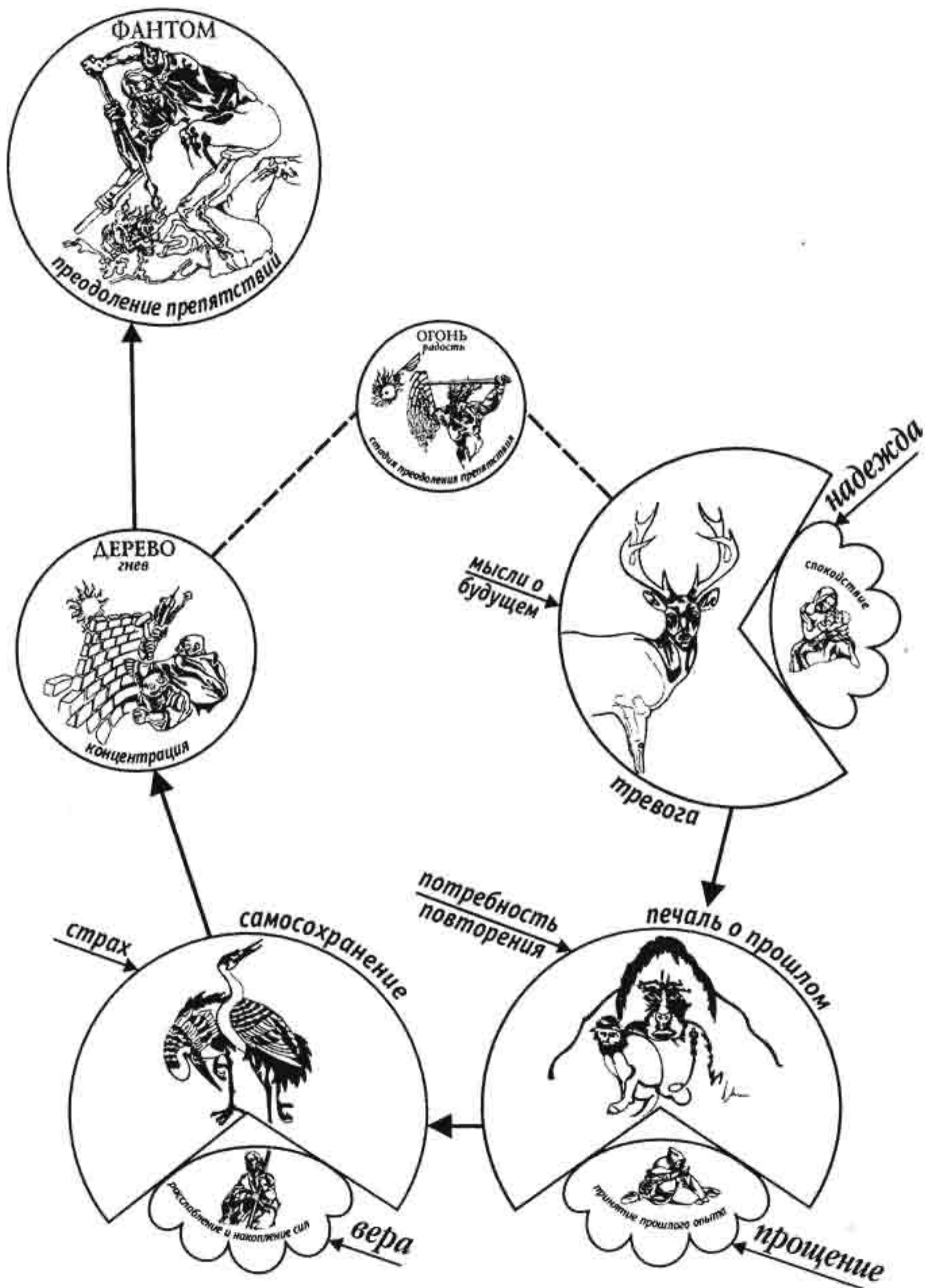


Рис.35. Туберкулез

Гипертоническая и гипотоническая болезни. Дистонии

Изменение давления в сосудистом русле является приспособительным механизмом. При увеличении физической нагрузки, когда функционирующие органы и ткани нуждаются в повышенном количестве питательных веществ, увеличение давления во всем кровяном русле ускоряет кровоток. Кроме того, с помощью локальных спазмов сосудов уменьшается кровоток в тех органах, участие которых в данный момент не обязательно.

Когда нагрузка уменьшается, давление в целях снижения расхода энергии становится ниже.

Таким образом, само по себе снижение или повышение артериального давления, смена этих процессов ни заболеванием, ни симптомом болезни не являются. Это – общее замечание, касающееся всех симптомов. Когда же отклонение показателей артериального давления от средних для каждого возраста цифр становится симптомом заболевания?

Это происходит в том случае, когда артериальное давление держится на высоких цифрах после того, как надобность в этом исчезла (при гипертонии). При гипотонической болезни давление остается низким и в тех случаях, когда есть необходимость в его повышении. Дистонические состояния сосудистого русла, определяемые как вегето-сосудистые дистонии по гипертоническому, гипотоническому и кардиальному типу, представляют собой сосудистый неадекватный ответ на внешнее воздействие. Этот ответ менее выражен, чем в случае гипертонической, гипотонической или ишемической болезни. Мы объединили эти заболевания в одном разделе, так как, по нашему мнению, в их основе лежат одни и те же механизмы.

Стойкое повышение артериального давления, которое не снижается даже после продолжительного физического и эмоционального отдыха, обычно наблюдается у довольно энергичных, деятельных людей. Есть даже такое мнение, что высокое давление – это предпосылка для активной деятельности мозга. В пример приводится множество людей, высокое давление у которых не помешало их высоким достижениям. Все было бы прекрасно, если бы стойкое повышение давления не приводило к осложнениям, самым грозным из которых является инсульт.

Внешний вид и поведение таких людей как бы свидетельствует о том, что артериальное давление «распирает» их изнутри: полнота и полнокровие (красный цвет лица), подвижность и раздражительность (частые вспышки не всегда мотивированного гнева) и многое другое. Одним словом, налицо застой энергии. В какой же фазе она застаивается? **Гнев** свидетельствует о том, что это – фаза **демонстрации-концентрации**. Своим «симптоматическим поведением» гипертоник как бы говорит: «Смотрите, что делается! Люди и обстоятельства не позволяют мне справиться с препятствиями!» Мы назовем эту форму гипертонии – **«гипертонией руководителей»**. Она менее злокачественна, чем следующие формы, так как часть энергии все же погашается в фазе экспансии. Эти люди имеют возможности для выброса энергии в виде открытой агрессии – в ее разрушительной и созидательной форме. Энергия выбрасывается, но недостаточно для системы энергетики именно этого человека – и эта энергия распирает его. Именно так и выражаются подобные пациенты: «меня всего распирает», «я лопаюсь от злости», «мне необходимо спустить пар». В родительской семье у таких больных требовали достижений и совершенства (рис. 36).

Такие пациенты практически всегда недовольны результатами своей деятельности. После получения результата (**экспансия**) они сразу же испытывают гнев (**концентрация**): гнев на других – обида и раздражение, гнев на себя – чувство вины, гнев на обстоятельства – чувство бессилия. Все это – разрушительные эмоции (при их чрезмерной выраженности).

Есть другая, более тяжелая форма гипертонии. Чаще этой формой страдают женщины, причем их внешний вид не свидетельствует о наличии огромной энергии: они бледны и спокойны, даже чрезмерно. О таких говорят, что их не видно и не слышно. Эту форму мы называем **«гипертонической болезнью домохозяек»**. Ясно, что и в этом случае давление свидетельствует о застое в фазе демонстрации-концентрации и, следовательно, гнев присутствует и здесь, однако гнев подавленный. Такие пациенты не имеют права проявлять свой гнев открыто, так как опасаются разрыва важных для них отношений: с близкими людьми или руководителем. Поскольку в этом случае сброса энергии нет вовсе, гипертония протекает более злокачественно. У таких пациентов в родительской семье требовали послушания и сдержанности чувств. Для них характерны выражения: «запри свои чувства на замок», «твои проблемы никого не интересуют». Александер (1951) писал, что для гипертоников характерно желание открыто выразить свою агрессивность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении. По всей видимости, он имел в виду именно эту форму гипертонии (рис. 37).

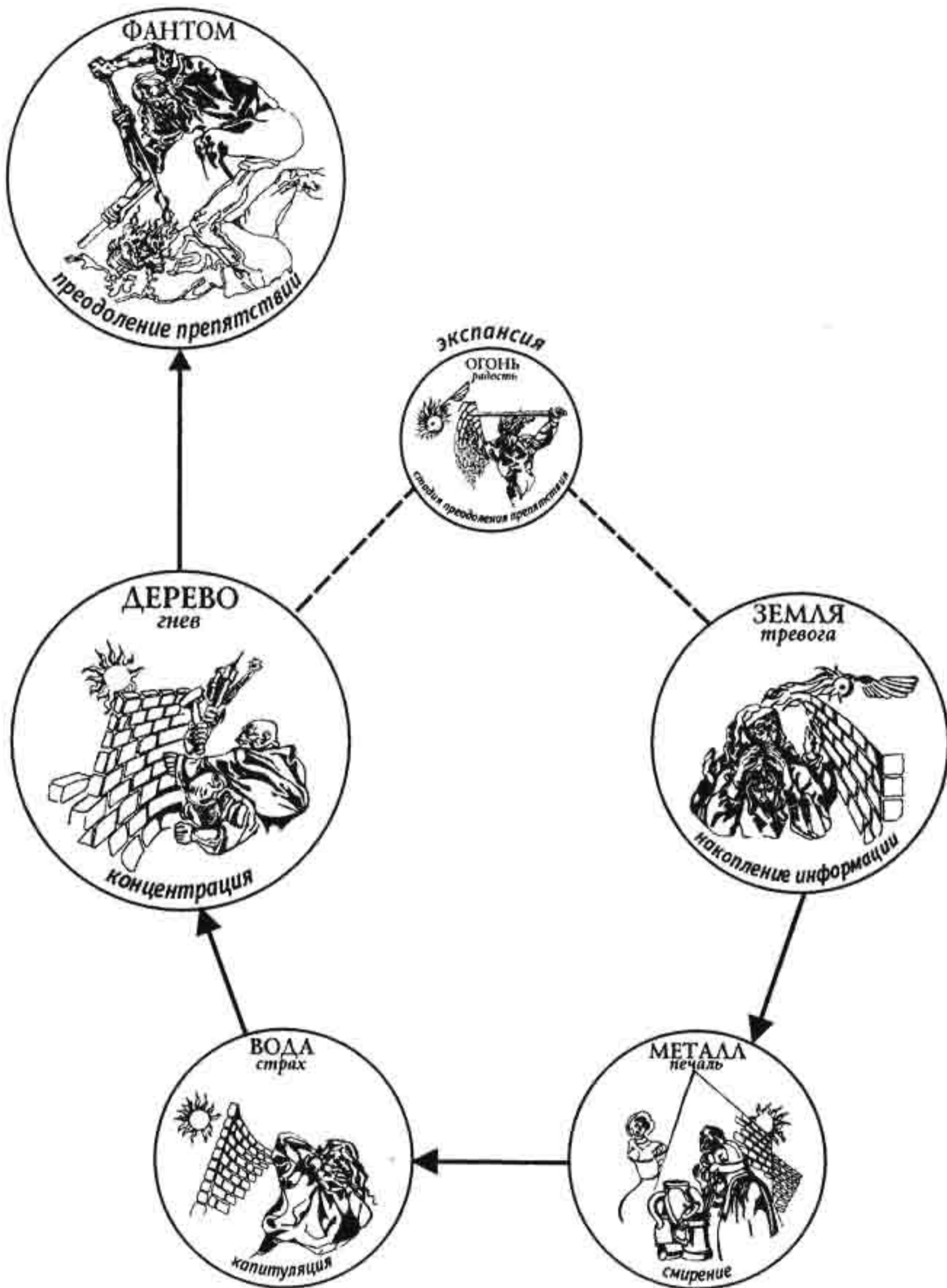


Рис.36. Гипертония 1-й формы

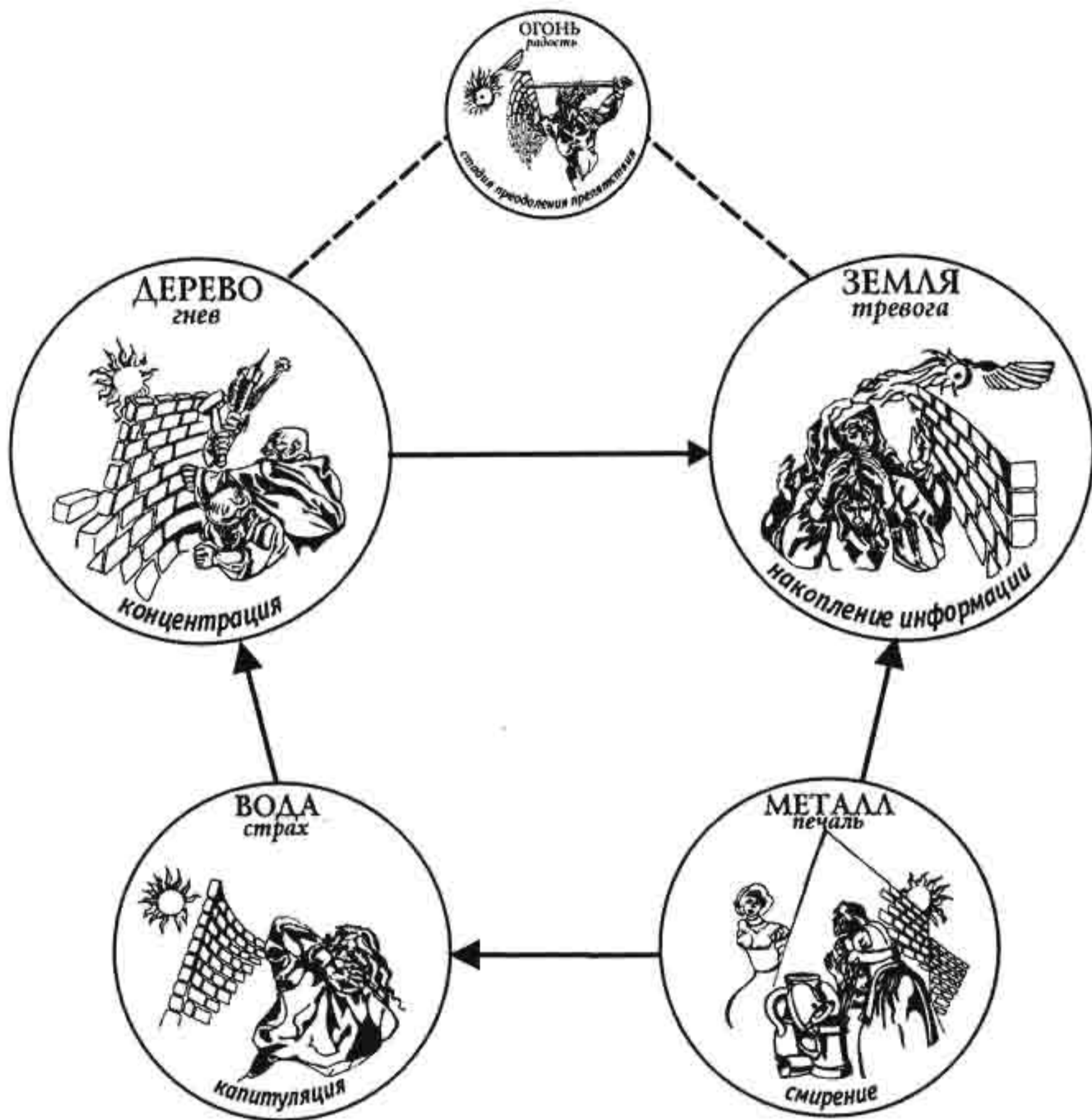


Рис.37. Гипертония домохозяйек

Еще более тяжелым становится течение болезни, если к подавленному гневу присоединяется страх (кстати, он может быть и с самого начала заболевания). В этом случае включается «орган страха» – почки – и речь идет о **почечной форме гипертонической болезни**. Движение энергии в обратном направлении – от реакции концентрации к реакции капитуляции приводит к разрушительным последствиям. К застойным симпатическим воздействиям на тонус сосудов присоединяется механизм задержки в организме жидкости из-за нарушения (избытка) концентрационной функции почек (рис. 38).

Из приведенного выше ясно, что терапевтической мишенью для психокоррекции таких больных будут фазы **концентрации**, а при почечной форме – добавится и фаза **капитуляции**. Проблема застоя в фазе **концентрации** может быть продуктивно решена только одним путем – переходом к фазе **экспансии**. Для разных типов гипертонии она должна решаться разными способами.

При **«гипертонии руководителей»** акцент нужно ставить на отношение пациента к результатам его деятельности. Это тот случай, «когда наполовину наполненный стакан характеризуется пациентом как полупустой». Увидев, что результат его экспансии не тот, на который он рассчитывал, такой пациент возвращается в фазу **концентрации** в форме раздражительности и гнева. Всякое же движение против хода энергии – разрушительно.

По теории Эллиса, у таких пациентов существуют иррациональные установки долженствования и совершенства. Они считают, что все должны добиваться полного выполнения их желаний и распоряжений. Переформирование отношений таких людей к результату, когда «наполовину наполненный стакан станет полуполным», приведет к тому, что после фазы экспансии последует фаза накопления и пациент с новой энергией пойдет по созидательному кругу чередования эмоций.

В дополнение не лишним будет научить таких пациентов телесно-ориентированным методам сброса энергии – специальным упражнениям. Мы полагаем, что методы релаксации, которые многие терапевты предлагают таким пациентам, являются временным и не лучшим выходом из ситуации. В трансовой работе можно приложить усилия для переформирования эмоции гнева в волю, именно сильная воля позволяет добиться того результата, к которому стремится такой пациент.

При **«гипертонии домохозяек»** акцент делается на перевод скрытого гнева в его открытые формы, естественно, социально-приемлемые, а уж затем – в **экспансию**.

Клинический пример: Больная Л., 37 лет, домохозяйка, диагноз – гипертоническая болезнь 2-й степени, в течение последних трех лет стойкое по-

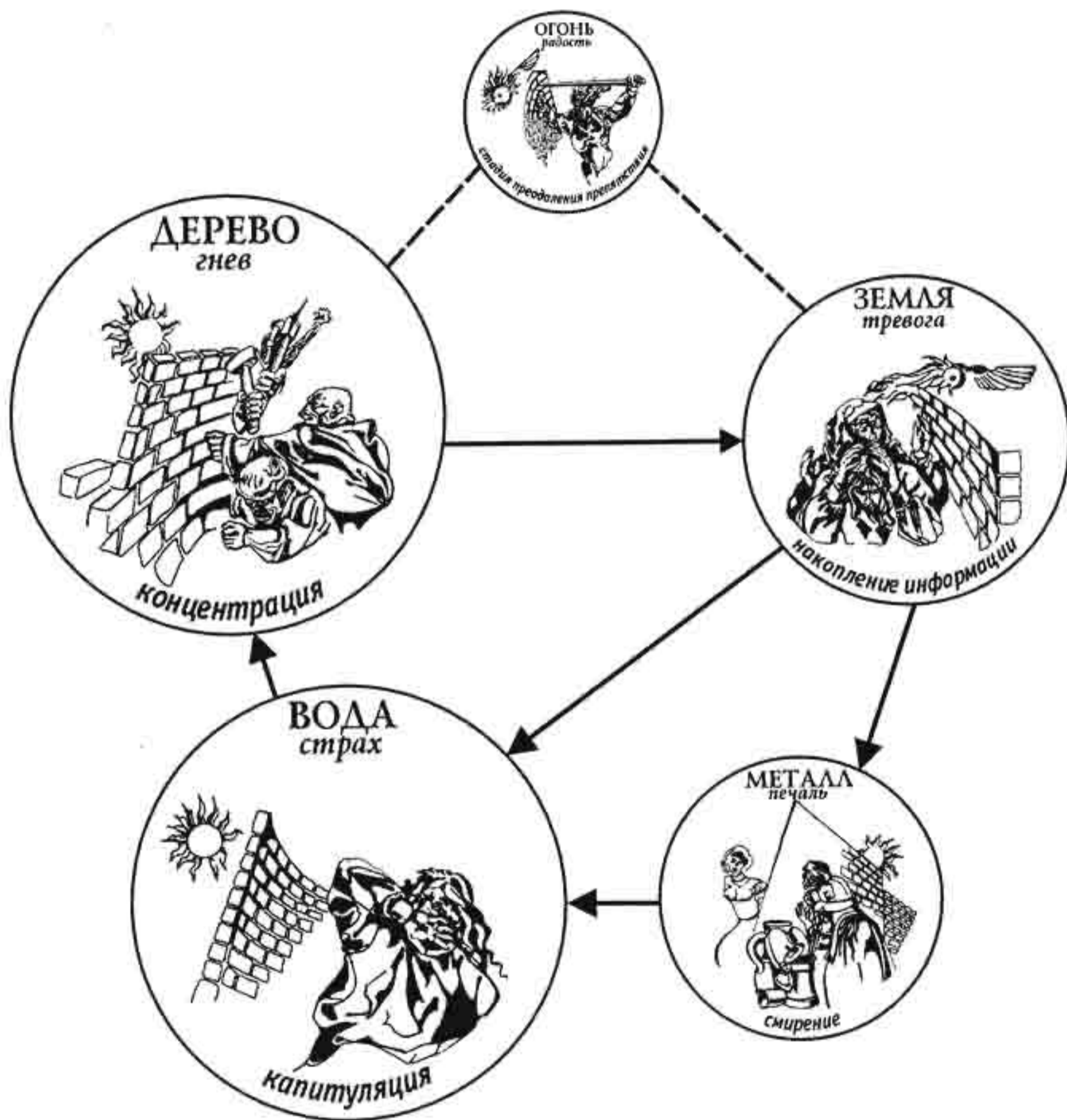


Рис.38. Почечная гипертония

вышение артериального давления до 160-170 мм ртутного столба систолическое и 95-105 – диастолическое, периодически принимает гипотензивные препараты. В психологическом статусе отмечается подавленная агрессия, что выражается в покорной позе, тихом голосе и невозможности полностью открыть рот. Когда больной задали вопрос, может ли она кого-нибудь укусить, она ответила, что для этого даже «рта открыть не сможет». Пациентка никогда не работала. Ее муж – преуспевающий бизнесмен, которого она бешено ревнует к его родной сестре, утверждая, что он уделяет сестре гораздо больше внимания и оказывает материальную помощь в большем объеме, чем та заслуживает. Мужу она об этом ничего не говорит, так как боится его негативной реакции, хотя отношения в семье – хорошие. В течение пяти сеансов с больной проводилась работа в недирективном трансе, во время которой последовательно разворачивались реакции преодоления препятствий. Это были времена года, стихии, органы чувств, цвета, формы и другие характеристики реакций. Акцент делался на реакции экспансии, именно характеристикам этой реакции уделялось больше времени, и во внушениях звучали мотивы переформирования гнева в волю, а радости в благодарность. На шестом сеансе пациентка со смехом рассказала о том, что она в течение получаса высказала изумленно слушавшему ее мужу все свои претензии. Не успел он ответить на них, как она почувствовала облегчение, расплакалась, чего она никогда не делала раньше, и, главное, почувствовала, как ушло чувство ревности. После этого давление стойко нормализовалось. По нашему совету больная устроилась на работу, с тех пор прошло 2 года – рецидивов болезни нет.

В развитии **гипотонической болезни** могут принимать участие разные факторы, имеется в виду, что нарушения могут быть в разных фазах преодоления препятствия. Прежде всего могут страдать механизмы накопления энергии, в основном генетически. Кроме того, возможны заболевания органов – поставщиков энергии: желудка и поджелудочной железы. В фазе **капитуляции** возможна излишняя энергия расслабления, а в фазе **концентрации** – отсутствие возможности собрать энергию, за что ответственна печень. Определить, на какой фазе произошли нарушения, можно по эмоциональным и поведенческим проявлениям. Полное отсутствие мыслей о будущем, абсолютное спокойствие, не соответствующее ситуации, это – слабая фаза **накопления**. Постоянная сонливость, полная расслабленность даже в ситуациях, когда нужно собраться, это – чрезмерно выраженная фаза **капитуляции**. Безволие, неспособность к действиям и принятию решений – слабая фаза **концентрации**.

Гипотоническая болезнь не влечет за собой таких разрушительных последствий, как гипертоническая. Многих пациентов ее симптомы даже не беспокоят, так как они предпочитают пребывать в своем внутреннем мире, мире грез и фантазий, а для этого много энергии не нужно. И все-таки, если пациента беспокоит отсутствие энергии, то существуют телесно-ориентированные способы ее накопления, особенно в восточных школах. Существуют также упражнения для уменьшения степени расслабления и развития воли. Особенно много внимания упражнениям по развитию воли уделял Роберто Ассаджиоли.

ФАЗЫ ВОЛИ

1. Первая фаза включает в себя:

а) задачу – цель – намерение;

б) оценку;

в) мотивацию, в том числе обнаружение бессознательных влечений и не подавление их, а использование в процессе достижения цели.

Мотивация предполагает оценку, а она возможна лишь при наличии и шкалы ценностей. Цель, на выполнение которой будет направлена воля, должна обладать очевидной «положительной валентностью».

2. Рассмотрение, обдумывание, взвешивание.

Цель и задача должны не только обладать высокой ценностью, но и быть достижимыми.

3. Принятие решения.

«Съесть пирог и сохранить его». Вместо следования принципу удовольствия, человек следует принципу реальности, который по своей природе относителен и основан на том, что нельзя иметь все. Мы отдаем предпочтение тому, что более привлекательно и достижимо. Трудность – решение есть свободный акт, влекущий за собой ответственность. Фромм писал: «за бегство от ответственности человек лишается одной из величайших человеческих ценностей – свободной воли».

4. Утверждение в решении.

Первым фактором есть живая, динамичная вера, а если ее нет, то готовность попытаться, рискнуть. Утверждение решения состоит в заявлении или приказе, который человек отдает себе сам.

5. Планирование.

Иметь в виду промежуточные цели, программу последовательных шагов, но не терять из виду реальность и конечную цель.

6. Направлять выполнение решения.

Во-первых, динамическая сила воли, во-вторых, настойчивость. Динамическая воля – «Да будет так», а настойчивость – умение постоянно удерживать в центре внимания устойчивый образ. Кроме того, удерживание направления и способность «подавлять» препятствия.

Порядок тренировки воли

Упражнение 1. Часть А

Расслабиться:

1) неприятности, которые доставляет вам и вашим близким недостаточно развитая воля, исследовать каждую, составить список, ощутить чувства: стыд, недовольство и желание изменить положение вещей;

2) преимущества, которые даст развитие воли, исследовать, сформулировать, список, чувства;

3) представить себя с сильной волей, походку, поведение в различных ситуациях, настойчивость, управление поведением в прежних ситуациях, когда воля не проявлялась.

Упражнение 1. Часть Б

Подобрать литературу для чтения, стимулирующую веру в собственные силы. Читать медленно, делать выписки, перечитывать, лучше биографии выдающихся людей. Никому не рассказывать о принятом решении.

Упражнение 2. Выполнение бесполезных упражнений – рассыпать несколько коробок спичек и подобрать их все до одной.

Упражнение 3. Воспитание воли в обыденной жизни.

Встать пораньше. Торопиться не спеша. Сохранять душевный покой во время рутинной работы. Не давать воли плохому настроению. Есть медленно, в расслабленном состоянии. Прекращать работу, если устали, а не наращивать темп. Сделать упражнения или расслабиться. Ложиться спать в определенное время. Отмечать победы и неудачи, относясь к этому со спортивным задором.

Упражнение 4. Физические упражнения для воспитания воли.

Единственная цель – воспитание воли. Делать с большой точностью и вниманием. Не силовые и не возбуждающие, а требующие терпения, спокойствия, ловкости и мужества. Альпинизм. Ходьба.

КОММЕНТАРИИ К УПРАЖНЕНИЯМ

Использовать низшие стремления для высших целей.

Гордость, стремление при положительном переносе доставить удовольствие терапевту, потягаться с собой, добиться похвалы. Не вызывать сопротивление бессознательного, не слишком серьезно относиться к техникам и не впадать в педантизм.

СООБРАЖЕНИЯ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Проблема – сохранить равновесие между фазами воли: вначале предложить план, а затем давать техники.

1. Слабое место – определение цели, часто в связи с тем, что сильная воля поставлена на службу очень сильного влечения. Момент принятия решения – это не результат борьбы противоположных сил, изъясляющее волю. «Я» человека является или может являться координатором этих сил. Поэтому, если воля не опускается до одного уровня с соперничающими влечениями, она становится сверхсилой.

Техника – осознать в себе этот недостаток и то, к чему он ведет.

2. Слабая оценка – помочь сознательно оценить данную ситуацию, на этой основе помочь найти и выбрать цель и обдумать пути ее достижения.

3. Трудность выбора – проанализировать причины: нежелание видеть альтернативы, нежелание отдать предпочтение, поскольку необходимо отказаться от чего-либо.

4. Отказ труден для пациентов с сильной волей, не приемлющей никаких отказов – чрезмерное развитие силы воли при недостаточном развитии стадии обдумывания и принятия решения.

5. Сложности с этим у людей с динамической волей, иногда слишком нетерпеливых тогда, когда требуются мудрость и чувство меры, учет реальной ситуации, реакции окружающих.

6. Направление выполнения решения – требует от воли четкого представления цели, однонаправленности, динамической энергии, настойчивости и самоограничения.

Динамическая воля может использоваться для воспитания настойчивости, а настойчивость – питает силу воли.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Воспитание воли требует дифференцированного подхода и понимания, какой из компонентов нуждается в развитии.

Чрезмерное развитие личной воли ведет к подавлению других людей. Для устранения недостатка необходимо:

1) поддержание равновесия фаз;

2) развитие других функций, уравнивающих функцию воли: чувства любви к людям, сострадания, этического чувства, ответственности за других, невозможности нанесения вреда другим;

3) пробуждение к действию духовной воли, связанной с постижением духовного «Я», дезидентификация личного «Я» от низших влечений, слияние энергии воли и энергии любви – «любящая воля» (не путать с подчинением личной воли высшим чувствам).

Огромный процент больных, которые обращаются за помощью к поликлиническим врачам в любом возрасте, составляют больные с так называемыми **дистониями**. Можно с уверенностью сказать, что это – самый модный диагноз, особенно у подростков. Под этим диагнозом прячется все, в чем наши коллеги не хотят или не могут разобраться. И это не случайно, поскольку это действительно очень сложно и требует исключительно психосоматического подхода, так как чисто соматическая симптоматика очень бедна. Слабость, вялость, головные боли, лабильное артериальное давление с неадекватным ответом на нагрузку, согласитесь, что это – вегетативные неспецифические реакции, которые могут быть следствием множества нарушений в психоэмоциональной сфере. Рассмотрим, с чем здесь можно столкнуться.

Прежде всего, вегетативная реакция может быть следствием избыточной реакции **накопления**, избыточная тревожность приводит к постоянному напряжению. Застой в реакции **смирения** – печаль о прошлом и неприятие настоящего дадут аналогичный результат. Застой в фазе **капитуляции** – подавленный страх, в фазе **концентрации** – подавленный гнев, в фазе **экспансии** – подавленная агрессия – все это дает разной степени проявления вегетативной реакции. Языком вегетатики такие больные сообщают нам о своих внутренних напряжениях. Лабильность этой симптоматики, в том числе артериального давления, свидетельствует о переходе одной застойной реакции в другую, так как облегчения больные не испытывают.

Лечение таких больных – процесс трудный и неблагодарный, так как у многих из них это состояние является рентным, т.е. выгодным. Поэтому прямое воздействие встречает яростное сопротивление: «Я тяжело болен, а вы не хотите этого признавать и отказываете мне в адекватном (дорогом) медикаментозном лечении». Говорить таким пациентам о том, что их заболевание не из разряда самых тяжелых, значит, нарваться на прямые оскорбления.

Лучше всего работу с ними начинать скрыто, через родственников, воспитателей и учителей. Такие пациенты охотнее пойдут на прием к психологу, чем к врачу-психотерапевту. Наилучшим вариантом будет групповая работа с этими больными, которую на первых порах можно преподнести как работу

в кружках по интересам, спортивных или оздоровительных группах, а затем плавно перейти на работу по личностному росту.

У таких пациентов имеются «букеты» (именно так, любовно, они называют сочетание своих болезней) требующих решения проблем: проблем отношений (семейных, сексуальных и социальных). Научить терпеть и надеяться, прощать себя и других, любить и не желать невозможного, концентрировать волю и преодолевать препятствия – в каждом случае дистонии задача звучит по-разному, но всегда сложно. А ведь с дистонических состояний начинаются серьезные расстройства не только сердечно-сосудистой системы, но и желудочно-кишечной и опорно-двигательной. Язык дистонических симптомов еще не внятен, – когда разыграется выраженная психосоматика, все станет ясно, но уже появятся органические изменения. Правильно лечить таких пациентов на функциональной стадии – значит, предотвратить развитие органических изменений. Для этого нужно «смутный» язык тела перевести на ясный язык слов и поступков. А это значит, научить искренности в выражении мыслей и чувств, «проветилировать» пациента. В связи с огромным количеством возможных вариантов рецепт воздействия в этих случаях мы не можем предложить. В одних случаях больше подходят методы релаксации, в других – мобилизации, все зависит от фазы (или фаз) преодоления препятствия, в которой имеется застой.

Нарушения сердечного ритма

Нарушения расстройства сердечного ритма включают в себя расстройства автоматизма, возбудимости и проводимости.

Нарушение автоматизма – неправильное функционирование или отказ в функционировании центра с наиболее высоким уровнем автоматизма.

Здесь мы рассмотрим синусовые тахикардию, брадикардию и синусовую аритмию.

Смысл повышения частоты сокращений сердечной мышцы заключается в том, что в этом случае увеличивается минутный объем выбрасываемой сердцем крови. Это приводит к улучшению прежде всего снабжения тканей кислородом при увеличении потребности в расходовании энергии. Как мы уже отмечали ранее, центральные механизмы управления расходом энергии реализуются через симпатическую нервную систему. Поскольку ухудшение снабжения тканей кислородом происходит при снижении сократительной функции миокарда, то за счет учащения сердечных сокращений восполняется дефицит объема сердечного выброса и, следовательно, дефицит энергетики тканей.

Как в свете теории чередования пяти реакций рассматривается цикличность фаз сердечного сокращения? Систола – это преодоления препятствия, которым является сопротивление току крови в сосудах. Но вот где следующая реакция – реакция накопления, которую должна сопровождать тревога? Если в гладкой и поперечно-полосатой мускулатуре (в том числе, в мускулатуре коронарных сосудов) – реакция удержания – спазма, которую мы рассматривали в разделе «Теория мышечного сокращения» и «Остеохондроз», – то миокард не может себе позволить остановиться в систоле, не может оставаться в сокращенном состоянии. А следовательно, такая реакция удержания приспособительного значения иметь не может. Известны случаи остановки сердца в фазе систолы, подтвержденные на вскрытии. Это случаи, когда вымывается внутриклеточный ион калия и в избыточном количестве проникает в клетку ион кальция. Это и есть характерная для удержания ионная реакция, в данном случае приводящая к асистолии и смерти. По всей видимости, все же очень короткий миг в реакции накопления миокард находится, и смысл ее в том, что в случае необходимости чувство тревоги усиливает частоту сердечных сокращений.

В фазу смирения (принятия, усвоения) наблюдается пауза между систолой и диастолой, в которую происходит изменение электрического заряда – реполяризация миокарда (зубец Т электрокардиограммы).

В фазу капитуляции (расслабления) происходит диастола – процесс активного расширения предсердий и желудочков сердца.

В фазу демонстрации (концентрации) – период «закрытых клапанов», когда желудочки сократились, закрыв митральный и трикуспидальный клапаны, а клапаны аорты и легочных артерий еще не открылись.

Брадикардия наступает вследствие удлинения диастолы как результат того, что ослабевает напряжение симпатической системы. Это может происходить из-за отсутствия необходимости в поставке энергии: состояние покоя и тренированные гипоксией ткани, имеющие достаточно коллатералей и рационально организованную биохимию обмена. Однако это может быть и вследствие активной позиции парасимпатической системы, которая стимулирует пластические процессы и подает сигнал симпатической системе уменьшить на этот период свою активность, требующую расхода энергии.

Особенно парадоксальной выглядит ситуация с таким явлением, как **брадикардия рожениц**. Казалось бы, в ситуации, когда требуется большой расход энергии, должно произойти учащение сердечных сокращений, а происходит наоборот. Объяснение этому, с нашей точки зрения, следующее: основное усилие (и расход энергии, соответственно) приходится на мышцу матки. Для ее усиленного кровоснабжения путем усиления активности поясничного парасимпатического отдела максимально включаются коллатерали и расширяются сосуды матки. В целях максимального обеспечения матки и плода роженица инстинктивно делает неглубокий короткий вдох, а затем натуживается и выдыхает медленно со стоном, криком или сквозь стиснутые зубы. Таким образом осуществляется наддув в легких, что приводит к изменению типа дыхания (есть предположение, что включается эндогенное архаическое дыхание), максимальному использованию кислорода и «мягкой» оксигенации эритроцитов крови. Возможно, именно в этом случае перекисное окисление липидов, на которое «вешают всех собак», делая его ответственным за повреждение мембран, начинает играть позитивную роль. Именно за счет перекисного окисления липидов может обеспечиваться огромный энергорасход при родах.

Синусовая аритмия чаще бывает при брадикардии и носит форму дыхательной аритмии, ритм учащается на вдохе и замедляется на выдохе. На вдохе присасывающая сила отрицательного плеврального и медиастинального давления увеличивает приток крови и к предсердиям, и этот излишний объем крови нужно быстрее протолкнуть. Механизм этого явления таков: синус-

совый узел состоит из разных отделов, клетки которых могут генерировать импульсы различной частоты. Во время акта дыхания импульс с рецепторов растяжения легких возбуждает разные отделы синусового узла, что приводит к волнообразному ритму. Биологический смысл любого волнообразного процесса заключается в том, что ритмичность тренирует различные механизмы реакции на препятствие, что делает деятельность клетки, ткани, органа или организма более приспособленной к изменяющимся ситуациям.

Ритмокардиография по Баевскому (статистический анализ ритма сердечных сокращений) связывает, по мнению Баевского, характер аритмии с напряжением симпатической или парасимпатической системы. С нашей точки зрения, о напряжении парасимпатической системы ритм сердца может дать только косвенное свидетельство в том случае, если, выполняя установку центральных механизмов регуляции, через парасимпатическую систему поступает команда усилить трофические процессы. Тем самым парасимпатика вызывает снижение активности симпатической системы. Что касается показателей ритмокардиографии, то Мода – наиболее часто регистрируемый интервал между двумя сердечными сокращениями, с нашей точки зрения, показатель напряжения симпатической системы.

Амплитуда Моды (наиболее часто регистрируемый интервал в процентах к общему числу интервалов) и обратный ей показатель – вариационный размах (интервал между наиболее коротким и наиболее длинным промежутком между сердечными сокращениями) – это показатели степени вовлечения центральных механизмов регуляции. Когда предъявляемые к сердцу требования увеличиваются, система регуляции включает стереотипные реакции, что выражается во все меньшей аритмии. Полное прекращение аритмии (все интервалы между сокращения равны – Амплитуда Моды равна 100%) свидетельствует о полном истощении механизмов адаптации и есть опасность остановки сердца. Следующим этапом перенапряжения механизмов адаптации будет срыв центральных механизмов регуляции, прекращение активности синусового узла и переход управления на уровень метасимпатки. Это будет выражаться в урежении ритма, если водителем его станут нижележащие отделы проводниковой системы. Конечным этапом будет переход управления к отдельным нервным узлам, что проявится в виде мерцания и трепетания. В то же время возможен вариант, когда даже при тахикардии, вызванной физической нагрузкой, некоторая дыхательная аритмия сохраняется. Это означает, что адаптационные резервы так велики, что даже повышенные требования не приводят к передаче управления на верхние этажи, по-прежнему выражен автоматизм синусового узла.

Подводя итог синусовым нарушениям ритма можно сказать, что они не

носят прогностически тяжелого характера. Слишком частое сердцебиение теоретически может привести к преждевременному износу миокарда, если считать, что человек «запрограммирован» на определенное число сердечных сокращений. Если ставится задача понизить число сердечных сокращений, этого можно добиться несколькими способами:

1. Поскольку глубинной причиной учащения ритма является тревога – описанные выше техники работы с тревогой, трансформации ее во внимание (по Дилтсу) и впоследствии в спокойствие. Эти процессы постепенно приведут к урежению ритма.

2. Того же эффекта можно добиться, применяя метод биообратной связи, используя, в частности, микропроцессор Баевского. Наблюдая за своими показателями ритма сердца, пациент через некоторое время замечает, что определенный внутренний настрой приводит к вполне определенным изменениям ритма. После этого пациент, фиксируя у себя нужное состояние с помощью воспоминаний и фантазий, формирует необходимый ему ритм. Со временем прибор становится ему не нужен, он без труда руководит своими ритмами, пользуясь навыком самовнушения нужных состояний.

Экстрасистолы, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия имеют общий патогенетический характер. По какой-то причине, какой-либо участок проводящей системы сердца или мышцы сердца (чаще предсердия) не может дожидаться очередного импульса из синусового узла. Не исключено, что этот участок «испуган» (напоминаем, что, по нашему мнению, простейшие эмоции: страх, гнев, радость, тревога, печаль, могут испытываться на уровне органов и систем, а самые простые: плохо–хорошо – на уровне тканей, клеток и внутриклеточных структур). Вследствие испуга участок миокарда генерирует с помощью метасимпатической системы свой собственный преждевременный импульс.

Этот механизм играет положительную роль, когда по какой-то причине пауза (диастола) затягивается, есть угроза гипоксии и страх вызывает внеочередное сокращение. Однако это редкий случай. В большинстве случаев имеется местный страх – механическое раздражение сердца при катетеризации, операциях на легких, гипоксия участка миокарда из-за рубцов или облитерации. Возможны токсические повреждения ядами и токсинами клеток миокарда, нарушение равновесия биохимических процессов в клетках проводниковой системы гормонами симпатической или парасимпатической системы. В других случаях имеется страх общий – как известно, страх может вызвать временную остановку сердца («сердце замерло от страха»), а затем преждевременные сокращения из страха повторения остановок. Все, что происходит в фазе диастолы (капитуляции), имеет своим источником страх.

И если на местный страх в большей степени влияют медикаменты, улучшающие коронарное кровообращение и нормализующие электролитный обмен, то на общий страх мы вполне успешно можем повлиять методами психологического воздействия. Кстати, при инфаркте миокарда введение наркотиков, кроме обезболивания, оказывает и этот эффект – снимает страх, который усиливает как сосудистый спазм, так и аритмию.

Местный и общий страх потенцируют друг друга. Можно полагать, что именно это сочетание приводит к остановке сердца (в диастоле) при относительно небольших повреждениях миокарда. Психотерапевтическое воздействие в этих случаях носит характер скорой помощи и легче всего достигается трансовыми методами на фоне медикаментозной релаксации. Ниже приводится схема рациональной терапии при функциональных нарушениях, однако мы считаем эту схему приемлемой и при органических заболеваниях сердца, так как каждую органическую патологию сопровождает масса функциональных нарушений.

Патогенетическая психотерапия неврозов с функциональными нарушениями сердечной деятельности (по Мясищеву)

Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни

Большинство пациентов с функциональными расстройствами сердечной деятельности убеждены в том, что их болезнь имеет органические причины. Подобное мнение, естественно, препятствует любому виду терапии, и терапевт должен разубедить в этом пациента. Это достигается объяснением пациенту (как это принято в рациональной терапии) результатов медицинского обследования (рентгенограмма, электрокардиограмма), исключая все сомнительные, неясные или чрезмерно сложные результаты.

Результаты, которые указывают на ограниченные нарушения, тоже обсуждаются, так как пациент уже знает о них или узнает позднее – и в том, и в другом случае это будет иметь вредные последствия, лучше если врач пояснит их реальное значение.

Нужно объяснить, что обнаруженные микроорганические изменения ни коим образом не могут быть причинами жалоб на сердце, и привести соответствующие доказательства, а именно:

а) несовпадение во времени между появлением органических изменений и началом жалоб на сердце;

б) несоответствие между отсутствием ухудшения органических изменений и прогрессирующим нарастанием жалоб на сердце;

в) несоответствие между постоянством органических изменений и отсутствием постоянства сердечных жалоб;

г) несоответствие между незначительной выраженностью органических изменений и интенсивностью жалоб на сердце.

Отвергнув связь жалоб больного с органическими нарушениями, врач может перейти к разъяснению объективно обнаруженных функциональных расстройств. При этом не следует ограничиваться заявлениями типа: «Ничего страшного у вас не найдено», «Все ваши жалобы носят чисто функциональный характер». Тем более не следует произносить такие фразы, как «Вам все это только кажется».

Многие больные, недостаточно ясно понимая значение термина «функциональный», воспринимают подобные заявления как недоверие врача к их жалобам, а слова «Вам это кажется» – как слегка замаскированное обвинение в симуляции. Между тем их болезненные ощущения (сердцебиения, перебои и боли в сердце) носят субъективно совершенно реальный характер и признать их кажущимися или мнимыми никоим образом нельзя. В связи с этим возникает необходимость не голословно обозначить названные симптомы «функциональными», а доказать, что они зависят не от внутренних причин, не от состояния сердца как такового, а от внешних психогенных факторов.

1. Объяснение понятий «функциональное» и «психогенное» расстройство

Итак, надо доказать больному, что функциональные симптомы зависят от внешних психогенных факторов. Делается это в три этапа.

На *первом этапе* врач подчеркивает, что все обнаруженные функциональные сердечно-сосудистые нарушения носят не постоянный и необратимый, а временный и устранимый характер. Это подкрепляется конкретными результатами исследования динамики нарушений. При этом внимание пациента привлекается к максимально большому числу таких наблюдений, которые показывают возможность нормализации нарушений даже сейчас, во время болезни.

На *втором этапе* необходимо добиться, чтобы больной понял, что имеющиеся у него сердечно-сосудистые нарушения и их пароксизмальные

обострения во многих случаях обусловлены не чем иным, как проявлениями страха за сердце. С этой целью врач с помощью фактов, сообщенных ему в процессе психогенетического анализа самим больным в хаотическом виде, но сейчас приведенных в строгую логическую систему, опровергает уверенность пациента в том, что приступ возникает «неизвестно почему», «в самом спокойном состоянии» или же под воздействием физических нагрузок, перегревания, алкоголя и других вредных факторов, но только не от страха. Врач говорит пациенту, что эти расстройства вызваны психологическими причинами, что очевидно по изменению артериального давления, частоты пульса, данных ЭЭГ и ЭКГ в зависимости от различных эмоциональных состояний (например, при разговорах на различные темы, когда припоминаются эмоционально травмирующие ситуации).

На *третьем этапе* до сознания больного доводится факт, что ведущей причиной его функциональных сердечных нарушений и кардиофобии является переживание им конфликтной жизненной ситуации. При этом врачу не стоит опережать события и стремиться к тому, чтобы пациент сразу же разобрался во всех деталях истории формирования и психологического содержания конфликтной ситуации. На данном этапе подобный разговор обычно для него еще недоступен. Здесь достаточно, чтобы он уяснил лишь то, что проявления его заболевания находятся в четкой зависимости от переживаемых им жизненных неприятностей. Для этого врачу надо напомнить пациенту им же самим приведенные описания тех ситуаций, в которых произошли самые первые сердечные приступы. Сопоставляя эти ситуации, он показывает, что все они вызывали у пациента одинаково неприятные переживания и именно в момент их появления у него и развивались сердечные приступы, сопровождающиеся страхом смерти.

После этого пациент обычно задает вопрос: каким же образом подобного рода переживания могут вызвать сердечные нарушения? Изложение механизма «психосоматического переключения» в *патофизиологическом* аспекте даже в схематизированном виде малодоступно для понимания пациента. Поэтому лучше изложить этот механизм в психологическом плане, учитывая следующие 5 моментов:

А. Сердце является таким органом, на деятельности которого легко отражаются самые различные переживания. Если человек испытывает радость, его сердце может «запрыгать, как мячик» или «вырваться из груди», если любовь – «забиться, как птица», если ненависть – «сжаться в кулак», если страх – «уходить в пятки», если испытывает тоску, то может появиться «камень на сердце»; о человеке, который остро переживает различные неприятности, говорят, что «он принимает все близко к сердцу».

Б. Возникшие сердечные нарушения оказываются тем сильнее, чем глубже человек скрывает переживания внутри себя. Именно тогда, когда эмоции не получают внешней разрядки, они, накапливаясь внутри, все чаще и чаще прорываются по обходным, вегетативным путям к сердцу. Этот процесс напоминает положение, когда скапливающийся в плотно закрытом котле пар, достигнув критического давления и не найдя выхода к турбине, вырывается из него через предохранительный клапан.

В. Нарушение работы сердца в конфликтной ситуации – один из способов самозащиты организма от гнетущего влияния тяжелых жизненных переживаний. Вызывая тревогу и тревожное сосредоточение внимания на работе сердца, подобные нарушения тем самым отвлекают человека от переживаний кажущейся безвыходности его жизненной ситуации, дают возможность отложить попытку разрешить ее, отгородиться ценою болезни от еще более болезненных жизненных невзгод.

Г. Отсюда ясно, что развивающиеся нарушения являются не следствием «поломки» каких-либо частей сердца, а результатом его приспособления к работе в новых, более тяжелых психологических условиях. Это приспособление достигается либо за счет учащения, урежения или неравномерности темпа и ритма его работы, либо за счет его усиления, расслабления тонуса его мышцы и сосудов. В первом случае идущие от сердца по нервам импульсы воспринимаются сознанием как сердцебиения, замирания, перебои, во втором – как различного характера боли.

Д. Однако не только и не столько сердце само по себе служит источником неприятных ощущений. Ощущения как таковые рождаются не в сердце, а в психике. При этом очень важно, какое у человека настроение – спокойное или тревожное. Известно, что тревога резко повышает и даже искажает восприимчивость тех органов чувств, посредством которых человек надеется уловить сигнал об опасности и таким образом предостеречь себя от нее. Так, если он, идя по лесу, опасается нападения грабителей, то обычный куст кажется ему похожим на подстерегающего его человека. Точно так же и страх за сердце резко обостряет восприятие именно его работы, и тогда самые незначительные изменения начинают ощущаться как чрезвычайно неприятные и болезненные.

Большинство пациентов не сразу принимают эти объяснения. Учитывая это, врач терпеливо продолжает давать необходимые разъяснения и уточнения. Однако в то же время он постепенно уводит пациента от застревания на этих вопросах и переключает его внимание на разбор основных психогенетических проблем.

2. Различия между поводами и причинами расстройств

Добившись от пациента понимания функциональной природы и психогенного происхождения сердечных нарушений, врач меняет тематику собеседований. С этого момента они должны как можно меньше касаться собственно сердечных нарушений и как можно больше – их психогенных причин, выявленных в процессе психогенетического анализа.

Первое, что при этом необходимо, – разобраться в психологической взаимосвязи и патогенетической значимости многочисленных и разнообразных жизненных событий и вызванных ими переживаний, которые так или иначе участвовали в формировании невроза. Пациент должен уяснить, что все эти события являются звеньями одной патологической цепи, но играют разную роль: только некоторые из них могут быть отнесены к подлинным причинам невроза, другие же представляют собой лишь поводы к его возникновению.

Наиболее остро подобный вопрос встает тогда, когда поводами к развитию невроза служат жизненные эпизоды, представляющие собой кульминацию причинных патогенных ситуаций, например: длительные служебные неприятности – увольнения с работы – невроз; многолетние жилищные затруднения – отказ в получении квартиры – невроз; хронические семейные неурядицы – развод – невроз. В результате очевидной однотипности содержания причин и поводов пациенты сами без труда устанавливают их психологическую связь, поскольку вторые являются очевидными следствиями первых. Они также самостоятельно и легко уясняют и патогенетическую разницу между ними.

Однако крайне остро этот вопрос встает в тех случаях, когда поводами к развитию невроза выступают случайные события, не имеющие отношения к причинным патогенным ситуациям. Например, длительные служебные неприятности – заболевание гриппом – невроз; многолетние жилищные затруднения – алкогольное опьянение – невроз; хронические семейные неурядицы – чтение в газете некролога – невроз. В этих случаях в актуальном конфликте микроконфликт наслаивается на макроконфликт – «соломинка ломает спину верблюда».

Самостоятельно обнаружить и понять психологические связи между переживаниями внешне столь различных событий пациенты обычно не могут. Поэтому первостепенную роль хронических жизненных затруднений они в таких случаях, как правило, игнорируют и истинными и единственными причинами заболевания ошибочно считают те обстоятельства, которые непосредственно предшествовали проявлениям заболевания.

Чтобы помочь пациенту осознать скрытые за поводами подлинные причины заболевания, необходимо вернуть его к обдумыванию тех данных, которые были получены от него в процессе психогенетического анализа еще в то время (во избежание сопротивления), когда пациент не подозревал о том, что его жалобы могут иметь психологическую причину.

У многих больных с органическими заболеваниями сердца внимание к симптомам болезни настолько фиксировано, что незначительные или мало-значительные функциональные проявления приводят к резко усиленной реакции страха смерти, чем вовлекают пациента в порочный круг: страх – симптом (боль или перебои) – страх! Прием переформирования отношения пациента к болезненному симптому показан в следующем клиническом примере.

Пациент Л., 52 года, управляющий банком, диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения. На момент встречи больной постоянно принимает большие дозы нитропрепаратов. Основная жалоба больного – страх смерти, который мешает ему успешно функционировать. Боль в сердце его беспокоит меньше, так как он с ней справляется с помощью лекарств. В беседе с пациентом удалось установить, что он хорошо осведомлен в патогенезе своего заболевания. Ему был задан вопрос: что он делал на протяжении времени, предшествующего встрече? Выяснилось, что он несколько раз был вынужден останавливаться при быстрой ходьбе и принимать нитроглицерин, а также уйти от острой психотравмирующей ситуации. Ему было предложено представить себе, что он перестал испытывать боль и страх, при этом оставаясь больным стенокардией. Пациент задумался, побледнел и сказал: «В этом случае мне не поступил бы сигнал изменить характер поведения и принять лекарство, а значит, сердце не выдержало бы нагрузки – инфаркт или смерть!» Это был инсайт: в тот момент он принял решение встретить свою боль и свой страх как друзей-спасителей. Через две недели он позвонил и сообщил, что и боль, и страх существенно уменьшились, а дозу нитропрепаратов он снизил в 3 раза. Как в детских сказках: правильно назвал чудовище по имени, оно лишилось своей магической силы. В данном случае, поняв истинный смысл страха – уйти от источника боли, – пациент дистантировался и практически избавился от него.

Особый характер носит патогенез тахикардии и экстрасистолии при тиреотоксикозе. Избыточный уровень тироидных гормонов приводит к тому, что кислород с их помощью избыточно поглощается тканями (в частности, миокарда и скелетных мышц). В результате вынужденно наступает реакция сокращения: тремор, тахикардия и экстрасистолия. Согласно нашим представлениям, действия, лишённые смысла, – это проявления реакции демон-

страции в форме «фантомной» реакции. Следовательно, коррекция в этом случае должна быть направлена на работу со смыслообразующими и целеполагающими факторами с тем, чтобы от «фантомной» реакции демонстрации перейти к реальному преодолению препятствий на пути к цели.

Нарушения проводимости (блокады)

Замедление или полное прекращение проводимости импульса сердечного сокращения бывает не только в случае, когда на пути прохождения импульса появляется препятствие (например, рубец), но и тогда, когда никакие изменения не определяются. Следовательно, причина может быть только в нарушении функций, а следовательно, это явление должно носить приспособительный характер. Функциональные блокады часто снимает физическая нагрузка (влияние симпатической нервной системы) или атропин (активизируется парасимпатическая система). Эти системы сочетанно могут действовать в фазе капитуляции (расслабления) и в фазе экспансии. Некоторые наблюдения свидетельствуют в пользу того, что блокады чаще бывают у лиц с преобладающей с детства эмоцией страха (реакцией капитуляции). По всей видимости, замедление проводимости является еще одним механизмом, снижающим анаболизм миокарда (реакции накопления энергии). В таком случае, если блокада приводит к ухудшению гемодинамики, следует проводить все ту же работу по снижению уровня страха.

Последний вопрос по этой теме: что делать с высшими этажами управления? Снижать их влияние или повышать? Наш ответ: если их влияние не адекватно ситуации – снижать, снимая тревогу. Если же они полностью сдали, отдавая все на милость метасистемы, – включать, всячески стимулируя ее как медикаментозно, так и психологически. В частности, не давать расслабляться, призывать сосредоточиться, «разозлиться», т.е. перейти от стадии **капитуляции** к стадии **концентрации**.

Энурез

Энурез – неосознанное и неконтролируемое мочеиспускание у детей старше трех лет, т.е. в том возрасте, когда ребенок уже должен контролировать сфинктеры мочевого пузыря до того момента, когда можно будет позволить себе опорожнение. Очень важно, что контроль этот должен сохраняться не только днем, но и ночью.

Отсутствие ночного контроля может свидетельствовать о том, что днем контроль – чрезмерный, поэтому ночью, когда контроль слабеет, сил для сдерживания уже не остается. Что может являться причиной чрезмерного дневного контроля? Похоже, что это – постоянная напряженность, тревога сделать что-то не так. Эта тревога вызвана чрезмерным контролем (возможно, и воображаемым) отца или другого лица, олицетворяющего для ребенка власть. Чрезмерная тревога, фиксированная вниманием окружающих на факте неконтролируемого мочеиспускания, приводит к тому, что внимание ребенка неосознанно постоянно сосредоточено на психотравмирующем образе. В результате этого перенапрягаются механизмы удержания (накопления) как в клетках центра мочеиспускания, так и в мышечных клетках сфинктера. Как только ребенок засыпает, наступает фаза капитуляции с ее расслаблением. Истощенные механизмы удержания не могут сохранять контроль.

Лиз Бурбо вспоминает историю девочки, воспитывавшейся в католическом пансионате, которую монахиня-воспитательница всякий раз, когда ты мочилась в постель, заставляла показывать мокрую простыню всем воспитанницам. Естественно, делала она это «из лучших побуждений», а в результате напряженность ребенка усиливалась и невыносимое дневное напряжение сменялось ночным расслаблением. Только после того, как ребенок оказался в семье, где ее приняли со всеми ее проблемами, напряжение спало и энурез прекратился.

Носсрат Пезешкиан говорит об энурезе как о возможности ребенка «плакать вниз». Другими словами, в данном случае, не позволяя себе рассказать (поплакаться) о своих проблемах днем, ребенок начинает говорить о них по ночам языком тела – конверсионным симптомом. Это – типичная реакция сброса, сброса энергии из фазы напряжения в фазу расслабления. На языке У Син – Земля подавляет Воду. В результате сброса ребенку становит-

ся на время легче – напряжение слабеет. А затем, на следующий день все начинается сначала. **Реакция тревоги днем переходит в реакцию капитуляции ночью** (рис. 39).

Разорвать этот замкнутый круг можно разными способами: существуют медикаментозные схемы, включающие белладонну, прозерин и витамины, можно усилить сфинктер ректальным воздействием диадинамических токов, можно с помощью акупунктуры, преодолев блок между меридианами желудка и толстой кишки, а затем – меридианами мочевого и желчного пузыря. «Пропустить энергию Земли в Металл, а энергию Воды в Дерево».

И все-таки, по нашему мнению, больной ребенок всегда – а в случае энуреза это видно особенно ярко – только симптом семейного неблагополучия. Семья – организм, в котором первым страдает самый слабый орган, а таковым является ребенок. Лечить нужно семью, т.е. семейные отношения. Нужно сделать так, чтобы ребенок не чувствовал напряжения, не опасался за свое будущее, не боялся потерять родительскую любовь. И тогда лечение не понадобится, у ребенка хватит сил для контроля сфинктеров по ночам, так как днем они не будут расходоваться на избыточное напряжение.

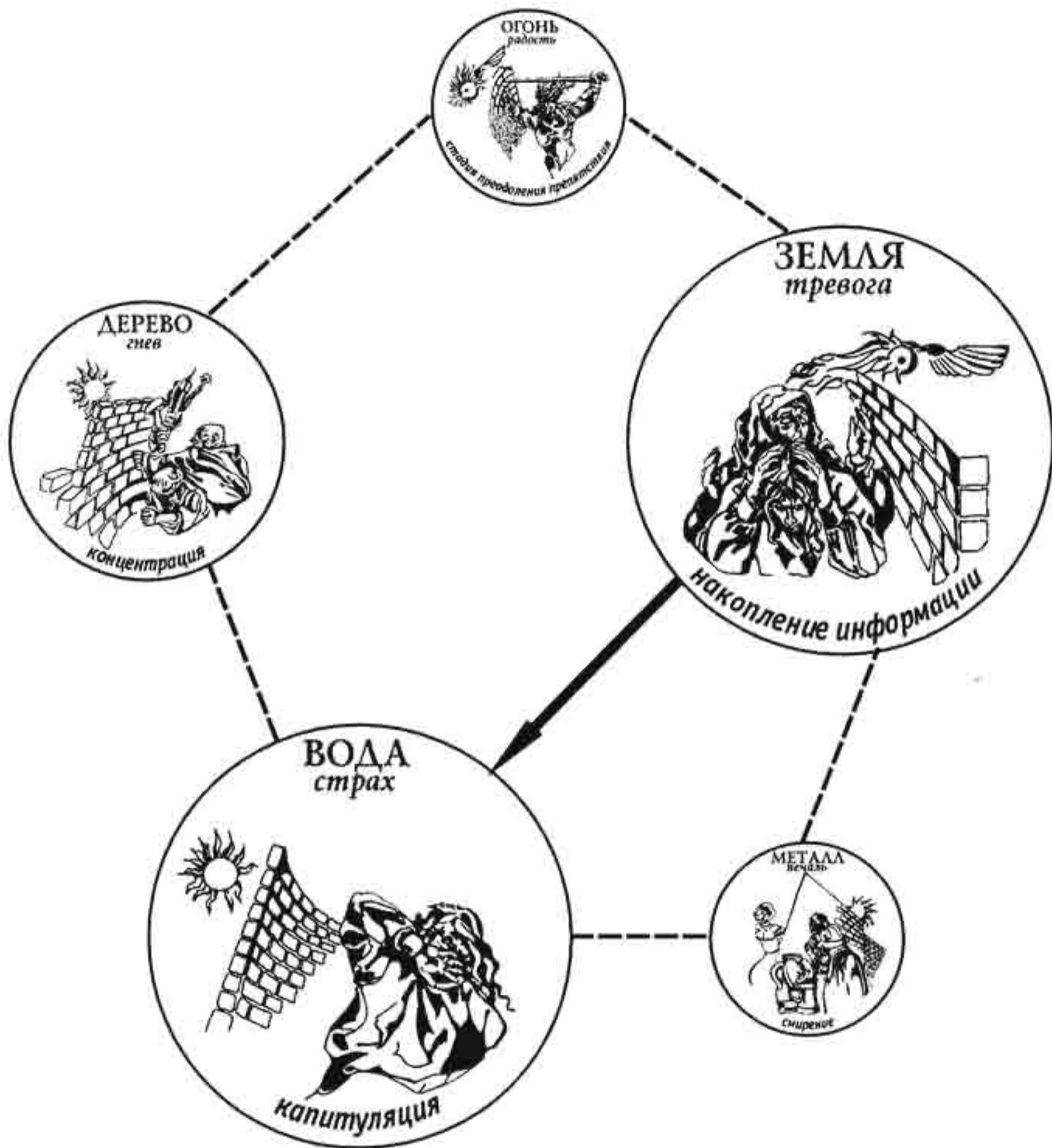


Рис.39. Энурез

Эпилепсия

Эпилепсия – это хроническое заболевание, основным признаком которого являются приступы измененного состояния сознания (потеря сознания или сумеречное состояние), причем это могут быть как кратковременные приступы, так и достаточно длительные. Вторым, но не обязательным, признаком заболевания, являются судорожные припадки.

Любой симптом имеет свой позитивный смысл. Смысл изменения сознания (капитуляция) и судорог (экспансия) заключается в том, что они являются клапанами, через которые сбрасывается напряжение – избыток энергии. В ходе опытов на животных физиологи установили, что все животные могут реагировать на определенные воздействия так же, как и больные эпилепсией. В мозгу у них был найден один центр, раздражение которого вызывало приступ эпилепсии, и другой центр, который этот приступ прекращал. Значит, это эволюционно закрепившийся механизм для сброса энергии. Если считать измененное состояние сознания и судороги признаками эпилепсии, то все люди – эпилептики, так как сон – измененное состояние сознания, а судорожные подергивания разных групп мышц – самое обычное явление.

Симптом только тогда становится признаком заболевания, когда он проявляется не так, как это бывает в обычной обстановке, т.е. не адекватно ситуации. В этом случае симптом – часть языка, которым «Тело» сообщает нам о том, что происходит в «Ты».

Что же происходит в «Ты» больного эпилепсией?

Напряжения, возникающие в фазе накопления, разность потенциалов между реальным состоянием и желаемым, «незавершенный гештальт» требуют сообщить об этом окружающим. Пациент возвращается к архаическому языку регрессии. Когда-то в детстве это был способ привлечения к себе внимания родных, и теперь при невыносимом напряжении неудовлетворенных желаний пациент прибегает к этому же языку. Из фазы накопления совершается сброс в **фазу капитуляции** (обязательно) и в фазу **демонстрации** (не всегда) (рис. 40).

Доктор Гуцов, руководитель Центра по лечению эпилепсии в Германии, сообщил автору, что в штате его учреждения на одного врача-невропатолога приходится четыре медицинских психолога. Роль, правда, он им отводит ограниченную. Поскольку у больных эпилепсией любой раздражитель может

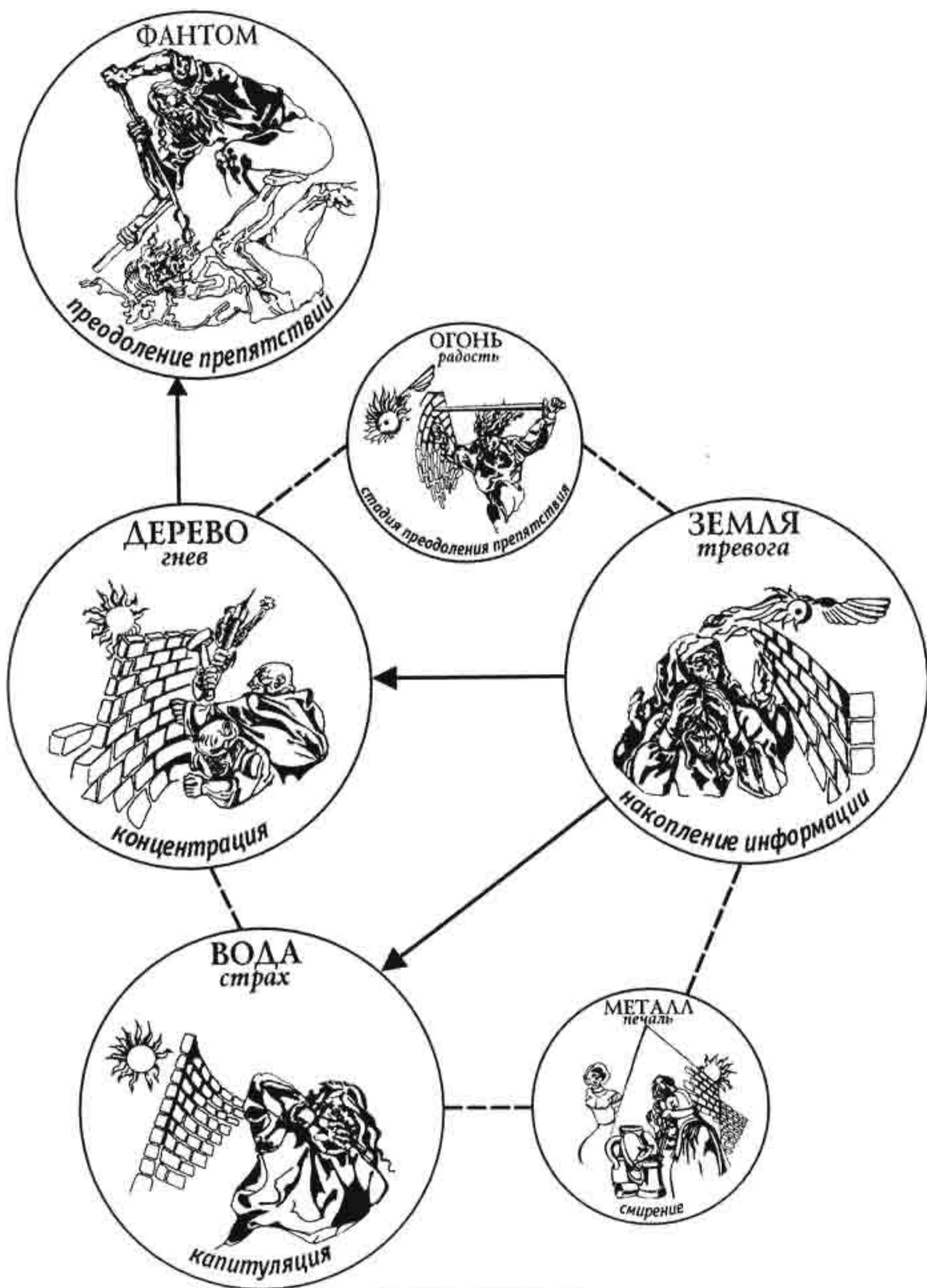


Рис.40. Эпилепсия

являться пусковым моментом для приступа, психологи учат больных распознавать эти моменты (звук, запах, образ) и осознавать их роль. Фактически они учат больных изменить свое отношение к этим неспецифическим факторам, вызывающим приступ. Полагаем, что высокая эффективность лечения в этом учреждении связана не только с высококвалифицированной медикаментозной терапией, но и с работой психологов, которые в ходе поддерживающей терапии учат пациентов другим, адекватным ситуации способам сброса накопившейся энергии.

Клинический пример. Больной Т., 28 лет, массажист по профессии, болеет с детства тяжелой формой эпилепсии (по несколько продолжительных приступов и днем, и ночью), получает поддерживающую противосудорожную и нейролептическую терапию, не работает – инвалид 2-й группы. Пациенту было предложено при первых признаках приближения приступа изменять состояние сознания самому – входить в автотрансовое состояние путем медитации. Кроме того, при приближении ночных судорог, а они протекали наиболее тяжело, искусственно вызывать судорожное состояние, до предела напрягая те мышцы, которые у него сильно болят после приступа. Пациент с энтузиазмом принял предложение. Состояние несколько улучшилось, частота приступов снизилась, однако дальнейшая трудность состояла в том, что пациент не мог точно определить признаки предстоящего приступа. При анализе его медитативных видений удалось установить импринт – образ, вызывавший начало приступа. Это была вспышка яркого света за приоткрытой дверью. По всей видимости, в раннем детстве его испугала вспышка молнии, на которую он отреагировал судорогой, что вызвало повышенное внимание родителей к нему. И теперь, стоит ему ощутить напряжение (а по психотипу он – человек с повышенным чувством справедливости, видимо, переживший травму несправедливости и «надевший» маску «ригидного»), как в «Его Ты» вспыхивает молния.

Закрепившийся стереотип архаического ответа на возникшую напряженность вызывает приступ. Теперь, увидев молнию во сне или ощутив подобный образ наяву, он начинал профилактическую реакцию искусственного сброса. Осознание механизмов возникновения приступов привело к тому, что он стал сознательно искать способы разрядки: приступил к работе, вначале неполный рабочий день, затем – полный, а в конце концов стал работать и по совместительству. Интересно заметить, что в последнее время приступы бывают у него только в выходные дни. По-видимому, отсутствие в эти дни привычных каналов сброса заставляет использовать архаический канал. Чтобы окончательно, как говорил Людвиг Бисвангер, «провентилировать его личность», нужно, чтобы он снял маску «ригидного», а для этого он должен научиться прощать.

Рассеянный склероз

Тяжелое хроническое заболевание, при котором в результате длительного воспаления в головном и спинном мозге возникают плотные очажки и рубцы. При этом распадаются миелиновые оболочки нервов, что приводит к нарушениям проводимости импульсов.

Вследствие этого постепенно развивается картина болезни: нарушения походки (пошатывание и неустойчивость), парезы и параличи, нарушение чувствительности, дрожь в начале движения, скандированная речь, двоение в глазах, неустойчивость настроения (смех, плач, безучастность).

Причины заболевания медицине не известны, однако транскультуральные различия (в Европе от рассеянного склероза умирает в 33 раза больше людей, чем в Японии, в Германии – 22 человека на 1 миллион населения, а в Италии – 6) позволяют думать, что культуральные отличия в отношении ко многим препятствиям влияют на частоту заболевания. Следовательно, заболевание носит психогенный характер. Это подтверждают многие авторы, указывая на то, что эмоциональные перегрузки и чрезмерная тревожность часто предшествуют развитию болезни. У таких больных под маской уступчивости часто скрывается чрезмерная потребность любви и внимания, которая не удовлетворялась в детстве. Шульц и Кутмейер обнаружили важный факт: наличие у таких больных выраженной потребности в гармонизации, которая принимает вид особой (ауто-) агрессии.

Наши наблюдения показали, что больным присуща иррациональная потребность в совершенстве: «Чем лучше я буду, тем больше меня будут любить». При этом, чем больше больные прилагают стараний услужить близким, тем хуже у них это получается. Похоже, что это люди, в раннем детстве или даже во внутриутробном состоянии пережившие травму отвержения (матерью). Вследствие этого они пытались «надеть» маску «беглеца», но повторная травма «покинутого» (отцом, если это женщина, и матерью, если мужчина) заставляет их искать любви и тепла, «надевая» еще одну маску – «зависимого». Эти люди очень озабочены сексуальными проблемами, но «беглец» не позволяет их удовлетворить. Возникает двойственное отношение ко всем препятствиям, что и выражается в полиморфизме симптомов и трудно предсказуемых приступах обострений болезни.

Следует считать, что это заболевание относится к разряду аутоагрессивных. При этих заболеваниях иммунные механизмы настолько избыточно напряжены, что клетки памяти перестают определять, свой антиген предъявлен им или чужой. На любой антиген, даже собственной ткани, следует сигнал – «фас!», и вся мощь иммунной системы обращается на себя – на свои ткани. При рассеянном склерозе – это антиген нервной ткани, в частности ее миелиновых оболочек.

Этот процесс начинается в фазе **принятия**, когда не принимается собственный антиген. Как бы звучат слова: «Я ни за что себя не прощу! Не прощу за то, что посмела осудить своих родителей!» Возникает вопрос, почему в данном случае не принимается именно антиген нервной ткани? По всей видимости, у таких больных с наибольшим напряжением функционирует нервная система, именно ей приходится с удвоенной силой трудиться, так как двойственность отношения к препятствию требует от нее чрезмерного напряжения. Следующая фаза – капитуляции (расслабления) практически мигает. А поскольку на этой фазе формируется иммунная толерантность, это приводит к резко усиленному иммунному ответу. Эта мысль подтверждается тем, что гормоны данной фазы (глюкокортикоиды типа кортизола–преднизолона) при этом заболевании оказывают существенную помощь.

Пациент от фазы принятия (в данном случае непринятия) переходит к фазе концентрации – концентрации антител к собственному антигену, концентрации гнева на себя, о чем уже говорилось выше. Включается агрессивная программа «**Разрушителя**» – апоптоз, что приводит к активному разрушению элементов нервной системы – формируется симптоматика заболевания в фазе разрушительной экспансии. Печаль и тоска отвергнутого и покинутого приводит «Ты» к решению: «Жить не стоит!» Это решение не столь бесповоротное, как в случаях с онкологическими больными, поэтому часто наблюдаются спонтанные ремиссии.

Итак, болезнь вызывается застоем в трех фазах: **смирения** (ее вариант «мало» – непринятие), **концентрации** (подавленный гнев) и **экспансии** (аутоагрессия) (рис. 41).

Отсюда – терапевтические мишени для психотерапии таких пациентов.

1. В целях гармонизации процесса в фазе принятия нужно научить пациента прощать, прежде всего, самого себя. Это значит – научить принимать свой прежний опыт как такой, который необходим именно тебе для полной реализации. Здесь могут помочь рациональная работа по Эллису и с помощью логотерапии Виктора Франкла. Если у больного нет сопротивления, для него будет очень полезна религиозная углубленность. Подозреваем, что именно она является причиной культуральных различий в эпидемиологии

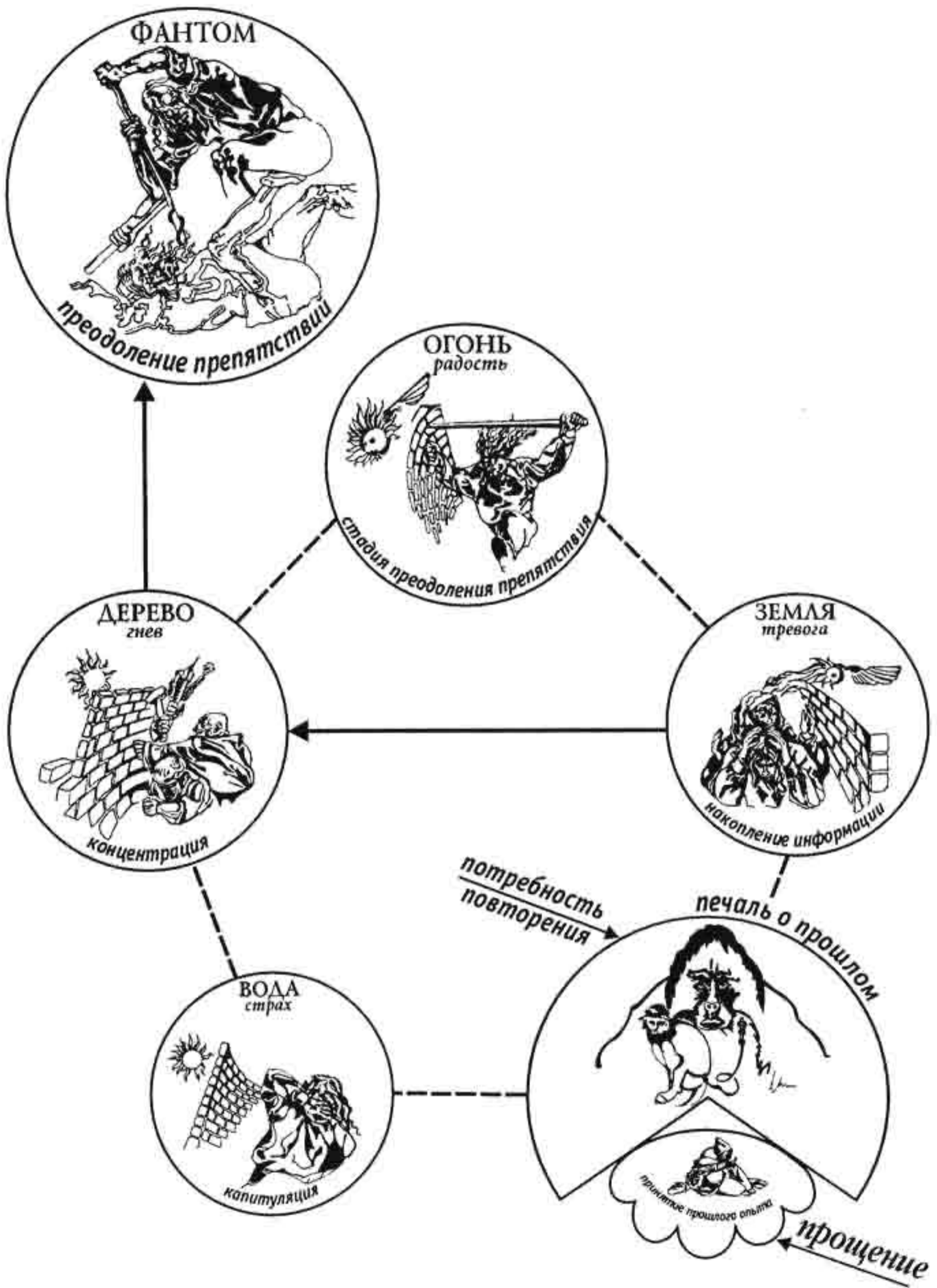


Рис.41. Рассеянный склероз

заболевания. Хорошие техники для работы с внутренним наставником предлагает НЛП. Если у больных недостаточно развит интеллект, можно работать с помощью недирективного транса без предварительной рациональной подготовки.

2. В целях гармонизации в фазе концентрации следует позволить больному освободить свой подавленный гнев. Это можно сделать с помощью телесно-ориентированной терапии, а можно – с помощью рациональной терапии или гештальт-приемов.

3. В фазе экспансии нужно, чтобы больные обратили агрессию вместо себя на другие объекты, наилучшим ей применением будет деятельность, от которой этих больных отстраняют на очень раннем этапе заболевания.

4. И наконец, главное, с нашей точки зрения, включить иммунную толерантность.

Нужно найти в техниках психокоррекции аналог кортикостероидов. Таким аналогом будет любовь. Если научить пациента телесно раскрепощаться в сексе, что наилучшим образом позволяют техники Вильгельма Райха и Александра Лоуэна, можно ожидать нормального прохождения фазы капитуляции, что и скажется на восстановлении иммунной толерантности. Нам приходилось наблюдать больную с очень длительной ремиссией, у которой были на это время решены сексуальные проблемы. Как только они возобновились, заболевание резко обострилось.

Болезни почек

Почему никто из специалистов по психосоматике не касается психосоматической составляющей болезнью почек и печени?

По всей видимости, в отличие от сердца, легких, органов пищеварения, обычная деятельность которых поддается внешнему наблюдению и имеет множественные проявления в осознаваемых ощущениях, эти органы могут заявить о себе только болью и расстройством функции – симптомами болезни. Сложность наблюдения лишает возможности установить связь деятельности этих органов с эмоциями.

Здесь нам на помощь могут прийти знания из древней китайской медицины, где эти органы соотносятся с одним из первоэлементов и соответствующей эмоцией. Так, почки относятся к элементу Вода, и этому элементу соответствует эмоция – страх. Многие клиницисты подтверждают связь страха с заболеваниями почек.

Из всех органов именно перед почками стоит задача – выделить шлаки (толстый кишечник прежде всего выделяет не переваренные остатки пищи). Эта задача состоит из нескольких: собственно выделительная, концентрационная (иначе выбрасывалось бы множество нужных веществ), эндокринная. Если взглянуть на функцию почек с точки зрения гомеостаза, то получится, что они должны удалить избыточное и удержать недостаточное. А если представить себе, что это касается не только вещества, но и энергии? Тогда почки – это шлюзы, через которые должна уходить лишняя энергия и задерживаться необходимая.

Аналогом избыточной энергии является, например, повышение давления или избыток глюкозы. В первом случае нормально функционирующие почки (а это значит, что реакция **капитуляции–расслабления** включается в нужной последовательности, с одной стороны, и не становится застойной, с другой) сбрасывают избыточное давление путем выделения избыточного количества мочи. Жидкости в кровяном русле становится меньше – давление падает. При понижении давления – наоборот.

Человек не испытывает страха – минует реакцию капитуляции. В этом случае механизм регуляции не включается, нереализованные гормоны симпатической системы продолжают свое сосудосуживающее действие – давление высокое. Гипотензивное воздействие транквилизаторов объясняется, с

нашей точки зрения тем, что избирательно включается реакция капитуляции, которая не совместима с реакцией экспансии, действие адреналина прекращается. Как мы видим, в этой форме гипертонии нет места страху и поэтому почки в ней не участвуют.

Человек испытывает сильный и продолжительный страх. Включается механизм максимальной экономии энергии, выделение уменьшается, концентрационная функция усиливается, выделяются вещества (комплекс ренин-ангиотензин), вызывающие устойчивое повышение давления. Таким образом формируется почечная форма гипертонии. Можно считать, что самая распространенная болезнь почек – гломерулонефрит – имеет в своей основе именно этот механизм – застойную реакцию капитуляции, при которой почки работают с максимальной нагрузкой механизмов концентрации. Следствием этого является срыв адаптационных возможностей данных механизмов, и они отказывают. Вслед за нарушением функции идут органические поражения.

Мы знаем, что страх – крайне необходимая для выживания эмоция. Вместе с тем, когда она становится главной, страх, если он вытеснен и не осознаем, начинает говорить с нами языком своего органа – почек. Это проблема очень эмоциональных людей, проявляющих большую заботу о других, бессильных в своей сфере деятельности или в отношениях с другим человеком. Эти люди часто испытывают разочарования и отчаяние, когда их ожидания не оправдываются. Ожидания – их проблема, они не могут принять действительность и обвиняют других в несправедливости (и весь мир также). Все это заставляет жить в постоянном подсознательном страхе. У некоторых пациентов во время регрессии в транс, при анализе сновидений и другими путями удается установить импринт – конкретный устрашающий образ. Это закрепившиеся вследствие подкрепления ранние детские фантастические видения, чаще всего – злая колдунья (проекция устрашающей матери ребенка) или чудовище (проекции других устрашающих объектов – отца и пр.).

Менее чувствительные люди проявляют страх, искренне демонстрируя это, более чувствительные – регрессируют в фобии, еще более чувствительные – регрессируют в «Тело». Это означает, что при любой фрустрации перед внутренним взором пациента возникает импринт, и он в страхе говорит не языком эмоций и мыслей, а языком раннего детства, когда слова заменяли соматические проявления. В случае страха тело говорит языком болезни почек.

Второе фантасмагорическое сновидение (вместо послесловия)

Закончив эту книгу и не найдя ответа, я лег спать и заказал Хозяину Снов Моих второй сон о туманной реальности. И вот вновь я вижу странный мир и множество существ, в нем живущих. Только на этот раз я уже не спешу к ближайшему существу, а внимательно приглядываюсь, определяя, чем они отличаются друг от друга. Вскоре мне становится ясно, что вокруг некоторых из них (таких очень мало) располагаются на равном расстоянии другие существа и подолгу не удаляются от них. У меня появляется мысль, что эти существа греются вокруг центрального существа, как люди, которые греются у костра.

Я приближаюсь к ним и действительно обнаруживаю, что от центрального существа идет ровное и мягкое тепло. Это не просто тепло, в центре этого существа – источник особой благости, оттуда изливается нечто, чему не удастся дать осознанное определение. Наконец всплывает ассоциация из раннего детства, и я начинаю понимать, что это то, чего мне всегда так не хватало в нем, – это любовь.

Существа гостеприимно расступаются, освобождая мне место среди них. Я с удовольствием располагаюсь рядом с ними и вдруг вижу, как из центра существа, вокруг которого мы расположились, вырывается яркий радужный луч. Он как бы ощупывает меня, и через некоторое время в моей голове звучит голос: «Человек из чужого мира! Ты можешь приблизиться ко мне. Я знаю, тебе не только нужна любовь, ты из тех, кто ищет ответы на вопросы».

Я, как и в прошлом сне, двигаюсь в тумане к центру существа, только туман этот совершенно прозрачный, только намек на него. Я ожидаю увидеть целую группу существ из прошлого сна. Ищу «Тело» и «Сознание», «Созидательницу» и «Разрушителя», «Ты» и «Мы». Их нет. В центре – только одно существо, могучее и любящее. Это от него исходят волны любви и благости.

Оно благожелательно смотрит на меня и ждет моих вопросов. «Кто ты?», – спрашиваю я. Существо отвечает: «Я – Цельная Сущность». И продолжает: «Мне известно о твоём прежнем сне. Присмотрись внимательно ко мне. Может быть, тебе кое-что удастся обнаружить и без моей помощи. А после я отвечу на твои вопросы».

Я нахожусь в совершенно блаженном состоянии, которое мешает мне сосредоточиться, но вот я успокаиваюсь и вижу, что существо это улыбается улыбкой Будды, и я понимаю, что это бывшее «Сверх Я». Я вижу у него сильное, выносливое, ловкое, не знающее болезней «Тело». Я понимаю, что у него просветленное, имеющее невероятную память и другие, кроме логических, механизмы работы с ней, – «Сознание». Я вижу в нем работу его «Ты», которое принимает от «Созидательницы» и «Разрушителя» лаву-энергию, добавляет потоки любви «Сверх Я» и распределяет равномерно по всей «Цельной Сущности». Ее так много, что часть изливается во все стороны. Это дает возможность другим существам греться у источника этой любви.

Я не вижу полупрозрачной стены из прошлого сна и начинаю понимать, что зазеркалья уже нет, что составные части «Цельной Сущности» объединились и сломали эту стену. И все же вопросов у меня много. «Неужели вы уничтожили и вашего «Мы», – спрашиваю я, – но ведь оно не материально и, следовательно, неуничтожимо. Как можно уничтожить мораль?»

«Цельная Сущность» засмеялась: «Зачем же вообще что-либо уничтожать. Ты совершенно прав – уничтожить мораль нельзя, да и не нужно. Следует сделать ее частью тебя вместо встроенного в тебя многоликого существа. Для этого нужно задать себе много детских вопросов».

«Что за вопросы?», – спросил я. Ответ был такой: «Самый лучший вопрос: «А зачем?» Как только тебе кто-то или даже твой неосознанный «Ты» говорит: «Нужно!», задавай вопрос: «А зачем это нужно, и кому это нужно?» И, если это нужно тебе и ты знаешь зачем, принимай этот ответ в свое «Сознание». Если же это нужно «Мы», то скажи ему, чтобы оно отправило это убеждение владельцу – тому, кто его в тебя встроил. Очень может быть, что ему оно было крайне необходимо, но тебе не нужно. Вот так мы разобрали на части свое «Мы», приняли его большую часть в сознание, а меньшую – отправили бывшим владельцам. Так исчез спрут-паук, и ничто уже не могло помешать «Ты» сделать свою главную работу».

«Что это за работа?», – спросил я. «Используя силу «Разрушителя», «Ты» вместе с «Телом» и «Сознанием» уничтожили стену, а из обломков этой стены они при помощи «Созидательницы» проложили дорогу к «Сверх Я». И тогда энергия «Сверх Я» пришла ко всем нашим частям чистой, неискаженной. Она имеет вид четких правильных пентаграмм. Они начинаются со **спокойствия Надежды**, сменяются **прощением Принятия**, затем приходит **умиротворенность Веры** и, наконец, **творческая Воля** переходит в **благодарную Любовь**, вокруг которой греются не только все части «Цельной Сущности», но и другие существа. Это явление, когда чистый свет «Сверх Я» че-

рез «Ты» приходит к «Сознанию» и «Телу», называется просветлением. Сущности же, достигшие такого состояния, называются просветленными».

«Так почему же ты не расскажешь о проделанной тобой работе другим существам. Посмотри, сколько несчастных и больных в твоём мире! Почему существо из твоего мира просило меня искать ответы на его вопросы в других мирах? Ведь очевидный ответ найден в вашем мире. И, по-видимому, не тобой одним – я видел издали, что есть и другие существа, вокруг которых греются люди».

«Цельная Сущность» грустно посмотрела на меня глазами, полными любви и доброты, и сказала: «Так определено Высшими Силами, что каждый должен пройти эту дорогу сам. Как Учитель ты можешь дать только тепло любви и указать направление к истине, а дорогу к своему «Сверх Я» любое существо может проложить только самостоятельно. Именно в этом и заключается Свобода Воли, данная каждому существу».

Мы долго сидели молча, а потом я спросил: «Так что, мне никому не рассказывать о встрече с тобой и о нашем разговоре?»

«Почему же? – ответила «Цельная Сущность», – рассказывай. Только имей в виду, поверят тебе немногие».

«Ну и пусть не верят, ведь это только сон!» – ответил я.

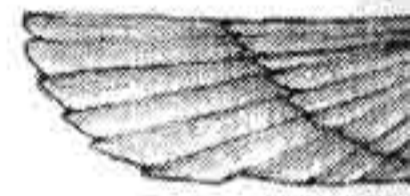
Я проснулся с ощущением, что прикоснулся к чему-то светлому и радостному. Мне было безразлично, существует ли на самом деле та реальность, в которой я побывал или это просто фантазмагория, бред воспаленного воображения. Ну, какая разница, если в ней так хорошо! И я верю, что теперь я буду часто бывать в этом мире, теперь это не так трудно, как раньше. Он ведь здесь, у нас, только в другой реальности (рис. 42).

Целостная Я



«разрушитель»

«сверх Я»



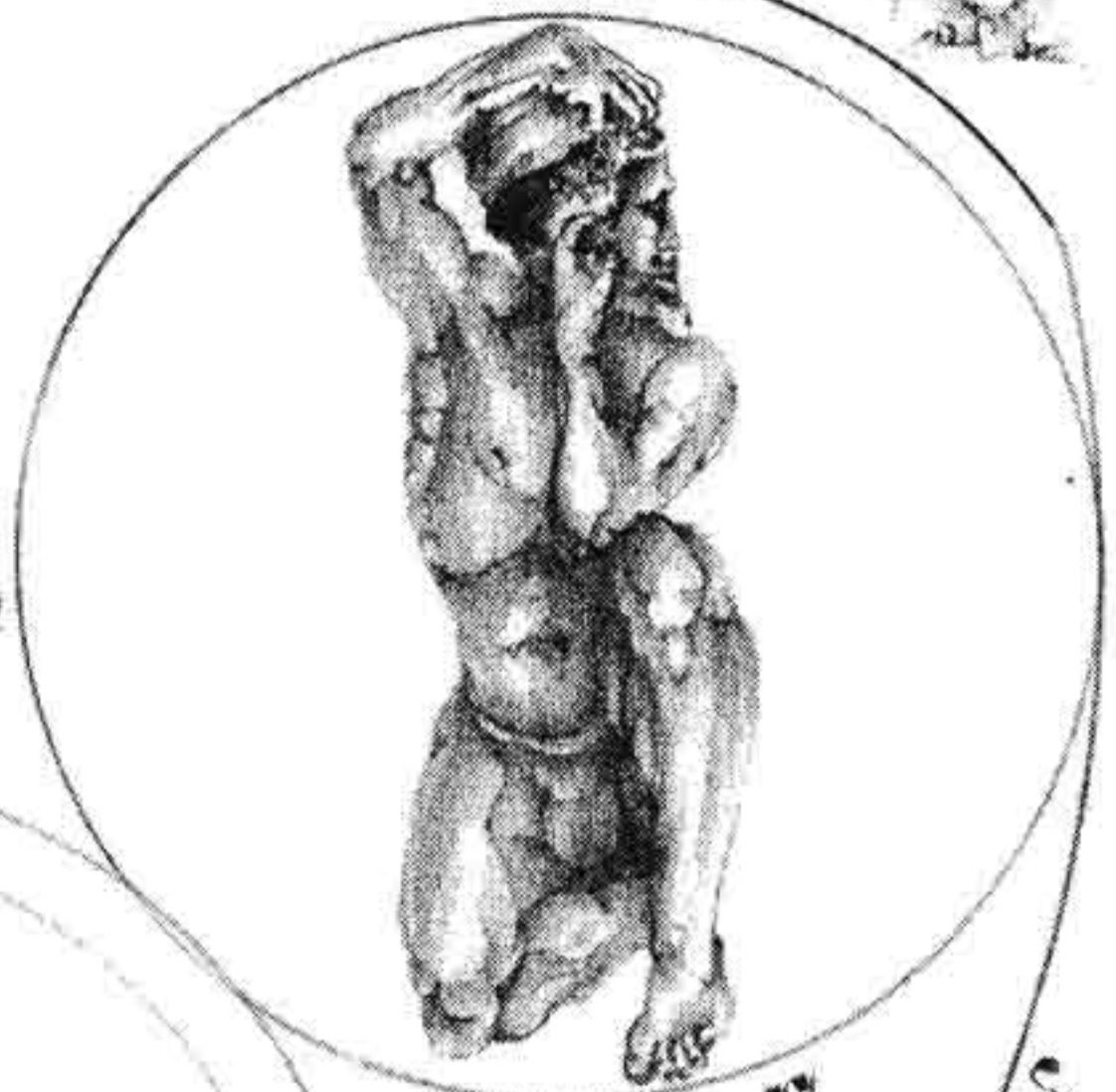
«сознание»



Рис.42. «Целостная личность»

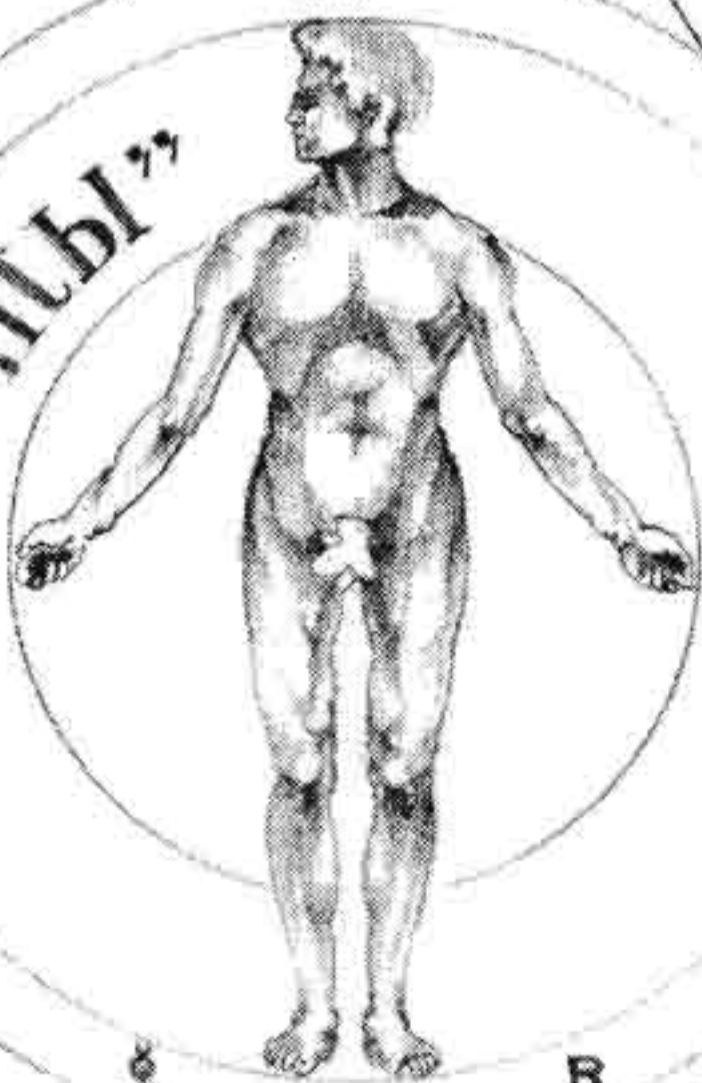
«Созидатель»

«Мир»



«Тело»

«Мир»



«Личность»

40

4

40

R

Список литературы

1. Александер Ф. Человек и его душа.– М., 1995.
2. Александров А.А. Современная психотерапия.– Спб: Академический проект, 1997.
3. Аммон Г. Психосоматическая терапия.– Спб.: Речь, 2000.
4. Баевский Р.М. Прогнозирование состояния на грани нормы и патологии.– М.,1979.
5. Бинсвангер Л. Основные формы и условия человеческого существования.– Цюрих, 1942.
6. Бурбо Л. Пять травм, которые мешают быть самим собой.– К.-М.: София; Гелиос, 2001.
7. Гнездилов А.В. Путь на голгофу.– Спб., 1995.
8. Дилтс Р. Моделирование с помощью НЛП.– Спб.: Питер, 2001.
9. Жолондз М.Я. Астма.– Спб.: ЗАО «Весь», 2000.
10. Жолондз М.Я. Остеохондрозы–заблуждение.– Спб.: ЗАО «Весь», 2000.
11. Жолондз М.Я. Сахарный диабет.– Спб., 1999.
12. Жолондз М.Я. Щитовидная железа.– Спб.: ЗАО «Весь», 1999.
13. Ланг Г.Ф. Внутренние болезни.– М., 1944.
14. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике.– Спб., 2000.
15. Мясищев В.Н. Личность и неврозы.– Л., 1960.
16. Карвасарский Б.Д. Психотерапия.– Спб.: Питер, 2000.
17. Ноздрачев А.А. Физиология вегетативной нервной системы.– Л.,1983.
18. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия.– М., 1996.

19. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака.– Спб.: Питер, 2001.
20. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ.– Спб., 1996.
21. Франкл В. Человек в поисках смысла.– М., 1990.
22. Шильдер П. Очерки психиатрии на психоаналитической основе.– Одесса, 1928.
23. Шогам А.Н. Труды Харьковского института неврологии и психиатрии.– Харьков, 1966.
24. Цай П.А. Недирективная гипнотерапия.– Харьков: Центр восточ. медицины, 2001.
25. Эллис А. Рационально-эмотивная психотерапия.– Нью-Йорк, 1990.
26. Эриксон М. Гипнотические реальности.– М.: Класс, 1999.
27. Юнг К. Аналитическая психология.– Спб., 1994.

Оглавление

Фантасмагорическое сновидение (вместо предисловия)	5
«Цельная сущность». Интегративная модель человека и его конфликтов	12
Иммунитет, аллергия и воспаление	65
Кожные болезни	88
«Теория мышечного сокращения» и «Остеохондроз»	94
Импотенция и другие сексуальные расстройства	104
Инфекционный неспецифический артрит	109
Тиреотоксикоз и реакции стресса	116
Алиментарное ожирение.....	125
Сахарный диабет 2-го типа (инсулинонезависимый)	136
Психотерапия онкологических заболеваний	141
Парадонтоз.....	161
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	164
Язвенный колит и болезнь Крона.....	180
Бронхиальная астма	186
Туберкулез	206
Гипертоническая и гипотоническая болезни. Дистонии	210
Нарушения сердечного ритма.....	222
Энурез	233
Эпилепсия	236
Рассеянный склероз	239
Болезни почек	243
Второй фантасмагорический сон (вместо послесловия)	245
Список литературы	250

Об авторе

Воронов Марк Владимирович – врач-психотерапевт, в настоящее время работает в Харьковском медико-социальном центре паллиативной медицины «Хоспис». Именно работа в области терминальной психотерапии в сочетании с преподавательской деятельностью на кафедре психологии Харьковского института Межрегиональной Академии управления персоналом дала ему возможность с оригинальных позиций осветить проблему перехода психозмоциональных явлений в телесные (соматические).

Воронов М.

В75 Психосоматика: Практическое руководство.– К.: Ника-Центр, 2002.– 256 с.: ил.
ISBN 966-521-157-9

В книге освещена проблема перехода психоэмоциональных явлений в телесные (соматические) с оригинальных позиций, в основе которых лежит теория о чередовании пяти реакций на препятствия, причем на препятствия как в физическом мире, так и в мире идеальном. Чередуясь в определенном порядке, они соответствуют универсальной системе пяти первоэлементов У Син, дошедшей до нас из древней китайской медицины.

Книга предназначена для врачей-психотерапевтов, психологов и врачей всех специальностей, которых интересует психосоматический подход, а также для студентов медицинских вузов и психологических факультетов, кроме того, она может быть полезна тем, кто занимается целительской практикой или интересуется медико-психологическими проблемами в целях личностного роста.

ББК 53.584

Марк Воронов

ПСИХОСОМАТИКА

Практическое руководство

Корректор *Е.В.Попова*

Оригинал-макет *О.В.Гашенко*

Подписано в печать 28.01.2002. Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 14,88. Уч.-изд. л. 18,73. Тираж 3000 экз.

Зак. № 2-15.

Издательство "Ника-Центр". 01021 Киев, ул.Институтская, 25
т./ф. (044) 274-88-10; e-mail:psyhea@sabbo.net, servic57@i.com.ua

Свидетельство Госкоминформа ДК №305 от 28.12.2000

Отпечатано с диапозитивов

АТ "КНИГА". 04655 ГСП, Киев, ул.Артема, 25