

А. А. Ключева

ТАЙНЫ КИШЕЧНИКА, ИЛИ ОБРАТНАЯ ДОРОГА К СЕБЕ

ПСИХО-ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ



ФЛИНТА

А.А. Ключева

**ТАЙНЫ КИШЕЧНИКА,
ИЛИ ОБРАТНАЯ ДОРОГА К СЕБЕ**

ПСИХО-ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Монография

Москва
Издательство «ФЛИНТА»
2019

УДК 159.94
ББК 88.7
К52

А в т о р

кандидат психологических наук (Doctor of Philosophy in Psychology),
член-корреспондент Международной академии психологических наук,
профессор Российской академии естествознания

А.А. Клюева

(klyueva1377@gmail.com; www.annaklyueva.ru)

Клюева А.А.

К52 Тайны кишечника, или Обратная дорога к себе. Психо-висцеральная терапия [Электронный ресурс] : монография / А.А. Клюева. — М. : ФЛИНТА, 2019. — 236 с. : ил.

ISBN 978-5-9765-3930-3

В круговороте событий человек перестает себя осознавать, теряется связь с самим собой, со своим телом. Воссоздание этой связи, гармонизация психологического и физиологического состояния дает возможность избежать разрушительного воздействия прогресса на организм.

В книге рассматривается вопрос о нарушениях самоосознания и причинах их возникновения. Исследуется согласованность психологических и физиологических аспектов. Это позволяет с различных сторон подойти к проблеме нарушения самоосознания и максимально определить и расширить границы возможностей человека в восстановлении свойств его организма. Используя идею «познай самого себя» с точки зрения не только философии и психологии, но и с точки зрения анатомии и физиологии, автор доносит мысль, что «органы могут адекватно работать только в расслабленном состоянии». Описание способов эффективного и самостоятельного восстановления работы организма в стрессовых ситуациях делает книгу ценной как теоретически, так и практически.

УДК 159.94
ББК 88.7

ISBN 978-5-9765-3930-3

© Клюева А.А., 2019
© Издательство «ФЛИНТА», 2019

Предисловие

Идея о том, что работа внутренних органов зависит от психоэмоционального фона человека, психоэмоциональный фон зависит от работы внутренних органов, является общей гипотезой исследования, описанного в данной книге. Высказывается предположение о возможности восстановления психоэмоционального фона через улучшение работы внутренних органов (расслабление внутренних органов). Расслабление внутренних органов возможно через самоосознание пациента. Устранение причин заболеваний (патологий, дисфункций органов и систем) основывается на устранении дисаутогнозии.

В качестве методологической основы исследования использовалась комбинация метода восхождения от абстрактного к конкретному, индуктивный и интегративный методы построения теоретической модели на основе эмпирических данных, полученных в ходе индивидуальной работы с пациентами. Также были использованы теоретические постулаты, содержащиеся в работах Г. Юнга, В. Джеймс, Г. Ланге, Н.И. Пирогова, Н.М. Амосова, И.П. Павлова, А.М. Углева, Дж. Ньюпорт Ленгли, Г. Гурджиева, П. Энка, Д. Уингейт, И.А. Булыгина, М. Гершона, Э. Майера, В.В. Козлова, В. Райха, З. Фрейда, К. Ясперса, В. Шаубергера, Г.А. Захарьина, Г. Геда, А.Т. Огулова и т.д.

Цели исследования:

- Интегрировать знания различных научных областей и выявить закономерности между психологическими и физиологическими факторами личности.
- Установить взаимосвязь между новыми знаниями, полученными в ходе различных исследований, и выдвинуть гипотезы об устройстве человека.
- На основании полученных данных обосновать методы восстановления и/или усиления субмодальностей висцеральных ощущений, влияющих на самоосознание пациента.
- Подтвердить возможность познания себя и своего тела через висцеральные ощущения и установление осознанной устойчивой нейронной связи между головным мозгом и внутренними органами (энтеральным мозгом) с помощью концентрации внимания на их работе.

Научная новизна работы заключается в трансдисциплинарном подходе к вопросу о самоосознании через слышание (ощущения) внутрен-

них органов. В книге автор применяет различные подходы к рассмотрению данных вопросов, выявляет связи между нейрогастроэнтерологией и психологией, энтерогастральной регуляцией и самоосознанием личности. Представляет собственную психотипологию пациентов, особенности снятия сопротивления пациента для подготовки его к принятию бессознательного научения самостоятельно, через расслабление внутренних органов снимать психоэмоциональный стресс и восстанавливать нормальное, адекватное функционирование организма.

Теоретическая значимость исследования:

- проанализированы и объединены новые научные знания различных отраслей науки, позволяющие развернуто рассмотреть аспекты, определяющие человека как биологическую единицу и как личность;
- сформулировано обоснование трансдисциплинарного подхода к вопросу определения личности;
- определены параметры, на которых базируется авторская методика;
- выявлены механизмы коррективки психического состояния человека посредством работы с его телом;
- выдвинуты гипотезы, требующие дальнейшего глубокого изучения.

Практическая значимость книги заключается в изложении методологических принципов взаимодействия терапевта с телом пациента, посредством которых может быть организована практическая работа по устранению симптомов дисаутогнозии, восстановление самоосознания через нормализацию и гармонизацию работы организма.

Актуальность данной работы заключается:

- в рассмотрении вопроса дисаутогнозии, причин ее возникновения;
- в анализе современных исследований в различных областях науки, позволяющих более полно видеть картину возникновения патологий и способов их устранения;
- в исследовании взаимосвязей психологических и физиологических аспектов, которые позволяют с различных сторон подойти к данной проблеме и максимально определить и расширить границы возможностей человека в восстановлении свойств его организма;
- в описании метода восстановления самоосознания;
- в описании способов эффективного и самостоятельного восстановления работы организма в стрессовых ситуациях, используя идею «познай самого себя» с точки зрения не только философии и психологии, но и с точки зрения анатомии и физиологии.

Введение

Психология как самостоятельная наука существует всего 138 лет, со времен основания в 1879 г. Вильгельмом Вундтом Лаборатории экспериментальной психологии в г. Лейпциге. Психология — дисциплина, объединяющая теоретические платформы нескольких научных направлений, мотивирует постоянно обращаться к историческому обоснованию ее идей. Можно сказать, что психология является симбиозом философии и медицины и представляет собой область знаний о внутреннем мире человека.

В своей книге «Общая психопатология» Карл Ясперс определяет: «Психология и соматическая медицина — это научные дисциплины, наиболее тесно связанные с психопатологией; но последняя, как любая другая наука, имеет родственные связи и с другими отраслями человеческого знания. Одна из них — а именно философия с ее упором на методологию — заслуживает здесь особого упоминания» [166, с. 10—11].

Исследуя тему «Психо-висцеральная терапия как метод восстановления самоосознания через висцеральные ощущения», разделять индивида на его составные части (душа, тело, разум) было бы некорректным. Одно из определений индивида (лат. Individuum — неделимый) — отдельный организм, который существует самостоятельно, в частности человек, личность, единичный представитель человеческого рода. Понятия «человеческий организм», «субъектность», «индивидуальность», «личность», «духовность» связаны с понятием «индивид» и используются для обозначения совокупности качеств, способностей отдельно взятого человека и сущностных уровней человеческого развития в онтогенезе [143].

В истории развития психологии можно выделить четыре этапа.

1-й этап. Психология образовалась более двух тысяч лет назад как наука о душе. Наличием души объяснялись все непонятные явления в жизни человека

В XVII в. в связи с развитием естественных наук начинается **2-й этап.** Психология определяется как наука осознания — способность чувствовать, желать, мыслить.

В XX в. психология вступает в **3-й этап** своего развития и определяется как наука о поведении. Внимание уделяется поведению личности, поступкам и реакциям человека на внешние раздражители.

На 4-м этапе предметом психологии являются механизмы и закономерности психики, факты психической жизни. Психика определяется как особое свойство высокоорганизованной материи, которая составляет форму отражения субъектом объективной реальности. Психология — наука, изучающая психику.

Одним из первых понятий к изучению в психологии относится «душа». Начиная с доисторических времен на вопрос: что есть «душа» — человечество так и не нашло четкого определения. Сложность в изучении феномена души (или психики) состоит: во-первых, она не имеет материального выражения (психика — это идеальная субстанция), а во-вторых, душа не объективирована для человека, а слита с ним в единое целое, так что познающий субъект и познаваемый феномен нерасторжимы. То, «чем познается», и то, «что познается», едины.

Nosce te ipsum — «познай самого себя». Эта фраза, по сведениям античных авторов, была сделана на стене храма Аполлона в Дельфах. Автор этого высказывания неизвестен. Смысл этой фразы остается загадочным по сей день и вызывает множество толкований [47].

Сократ придавал особое значение фразе «Познай самого себя». В утраченном диалоге Аристотеля «О философии» сообщалось, что эта надпись, прочитанная в дельфийском храме, послужила толчком к философским знаниям Сократа [102]. В диалогах Платона Сократ неоднократно обращается к этому вопросу. Рассуждения на тему «Познай самого себя» можно найти в диалогах: «Хармид» (164D), «Алкивиад I» (124A, 129A, 132C), «Протагор» (343B), «Федр» (229E), «Филеб» (48C), «Законы» (923A) и других [113]. Особенно подробно тема самопознания обсуждается в диалоге «Алкивиад I».

Сократ. Точно так же ведь невозможно знать наши свойства, если мы не знаем самих себя?

Алкивиад. Конечно.

Сократ. А если мы не знаем собственных свойств, то не знаем и того, что к ним относится?

Алкивиад. Ясно, что не знаем.

Сократ. Но тогда мы не вполне верно признали недавно, что есть люди, не знающие себя, но знающие свои свойства, а также люди, знающие, что относится к этим свойствам: ведь постигать все это — себя, свои свойства и то, что к ним относится, — по-видимому, дело одного и того же искусства.

Алкивиад. Похоже, ты прав.

Сократ. При этом всякий, кто не знает своих свойств, не может знать соответственно и свойства других людей [123].

Сократ задается вопросом: «что есть сам человек?» и приходит к выводу, что человек есть не тело и не целое, состоящее из тела и души, но и инструмент, которым он пользуется, не тождественны друг другу. Так, сапожник пользуется резак, ножом и другими инструментами, значит, сам он не есть ни нож, ни резак, ни какой-либо из других инструментов. Но сапожник пользуется не только инструментами: он пользуется также своими руками, глазами и прочими частями тела; стало быть, он не есть также руки, глаза или какая-либо из этих частей. Но это еще не все: ведь человек пользуется не только руками и глазами, но и всем своим телом. Следовательно, человек и тело, которым он пользуется, не есть одно и то же. Что же такое сам человек?» По утверждению Сократа, сам человек есть именно то, что пользуется телом, а то, что пользуется телом, есть душа [113].

В противоположность мнению большинства Сократ отстаивал принцип всеобщего господства разума в природе, в отдельном человеке и в человеческом обществе в целом. В природе это проявляется как гармония и целесообразность во всем мироздании; в отдельном человеке как господство разумной души над природным и неразумным телом; в обществе — как господство разумных законов и установлений, как правление знающих. Игнорирование этого, отклонение от правильного пути являются, по Сократу, следствием незнания.

Дорога самопознания ведет человека к пониманию своего места в мире, к уяснению того, «каков он по отношению к пользованию собой как человеком» (Ксенофонт. Воспоминания о Сократе, IV, 1, 24). «Не ясно ли теперь, — продолжает Сократ, — что вследствие знания себя люди испытывают много хорошего и вследствие ложных представлений испытывают много дурного? Человек, знающий себя, знает и то, что для него будет хорошо, и различает то, что может сделать и чего не может» (Там же, IV, 1, 26) [103].

Гален в сочинении «О зависимости свойств души от темпераментов тела» рассуждает: «...разумная душа, находящаяся в мозгу, ощущает себя через органы чувств. Она может, опираясь на свои чувственные восприятия, создавать собственные логические умозаключения или, с помощью анализа и синтеза, видеть в вещах противоречия. ...Раз-

умная душа располагает несколькими потенциальными возможностями, такими как ощущение, память, понимание и прочими подобными» [29].

Как мы видим в рассуждениях древних философов и мыслителей нет определения сознания, но все они говорят о разумной душе. Можно предположить, что разумная душа и есть не что иное, как сознание (разум) в современном его понимании. Анализируя высказывания и умозаключения древних мужей, можно вывести следствие: чтобы познать свою душу, нужно познать свои ощущения, понимание и т.д. Познать же свои ощущения мы можем в том случае, если научимся слушать свое тело.

Подтверждение этого вывода находится в словах Галена: «Если следовать тому, о чем я уже упоминал в сочинении “О нравах” [133], то мы без труда сможем привести наше тело в превосходное состояние с помощью пищи и питья, а также остальных житейских дел. Все будничные заботы мы направляем только на то, чтобы душа приобрела превосходные качества. Как мы уже упомянули, Пифагор и другие древние философы действовали в соответствии с этим учением» [70]. Гален считал, что этические взгляды человека согласно Пифагору и Платону влияют и на его физическое здоровье.

Древнеиндийские медицинские знания были записаны в текстах Аюрведы. В одном из них говорится: «Заблуждение ума, неправильное использование чувств и незнание должного времени — вот причины всех страданий. А лекарство от всех болезней — в подобающем использовании разума и чувств, и уважение времени» — Аюрведа в редакции Чарака — Самхита, фрагмент из «Шарира — стиханы» [10, с. 30].

Китайская медицина связана с древней философией, в основе которой лежит Великая Триада: Небо-Человек-Земля. Единство двух начал — Земли и Неба (инь и янь) — источник возникновения всех вещей во Вселенной, их сочетание и взаимодействие определяют собой чередование космических явлений. Источником знаний о древнекитайской медицине является «Трактат Желтого императора о внутреннем», или «Ней-цзин» (2697 г. до н.э.), автором которого считается император Китая Хуан-ди. В трактате рассказывается о разговоре Желтого Предка Хуан-ди и небесного наставника Ци-Бо. Хуан-ди задает вопрос:

«Я слышал, что в высокой древности люди доживали до 120 лет, а движения и действия их оставались неизменно легкими и ловкими.

Ныне же люди в возрасте 50 лет действуют и двигаются с трудом. Означает ли это, что времена изменились к худшему, или же люди утратили какие-то способности?»

Ци-Бо ответил:

«В глубокой древности люди знали истинный путь, соизмерялись во всем с субстанциями инь и янь, находили гармонию искусства и вычисления, был упорядочен ритм приема пищи и питья, соблюдалось постоянство ритма движения и покоя. Люди без глупостей и суеты делали свою работу. В результате телесная форма и духовное начало действовали в гармонии, а люди проживали здоровыми все годы, отпущенные им от природы, достигали столетнего возраста и лишь тогда покидали мир. ...Совершенномудрые в глубокой древности, передавая учение, говорили, что все это суетная ложность, предательский ветер. Есть специальные дни, когда можно предотвратить данное заболевание. В это время следует пребывать в безмятежности полного покоя, безбытийной пустоте. Тогда истинное дыхание — ци будет послушно двигаться в соответствии с ритмом восьми сочленений, а семя и дух пребудут во внутренних сферах, где им и положено быть. ...В таком случае можно достигнуть возраста ста лет, а продолжать двигаться и работать, как прежде, легко. Таким образом не нарушается целостность их духовных сил» [10, с. 47—48].

Философии различных культур разными словами говорят о единстве души, разума и тела. Только лишь гармоничное сочетание трех начал дает возможность человеку познать себя, свое предназначение в этом мире, сохраняя крепкое тело и ясный разум.

Сегодня фраза «Познать самого себя» в большей степени рассматривается с точки зрения психологии и значит изучить свой внутренний мир, позитивные и негативные стороны своей личности. Не бойся увидеть и принять самого себя и все свои проявления в горе и в радости. Обнаружь и прими темные стороны своего «Я», создателем которых являешься ты сам, и избавь себя от них, открыв тайны своих человеческих чувств, используя закон вселенной.

Но мало кто говорит о том, что познавать себя нужно еще и с точки зрения биологии, анатомии, физиологии. В современном мире нет культуры знать свое тело. Знать, какие органы где находятся, что делают, за что отвечают и как работают. Какие условия для адекватной работы организма являются абсолютными, какие относительными. Школьный

курс анатомии и его преподавание не раскрывают всех возможностей организма перед подрастающим поколением. Не дают инструментов для грамотного использования потенциала организма. Идеи познакомить учеников со строением тела недостаточно для бережного отношения личности к инструменту, которым он будет пользоваться на протяжении всей жизни. Не прививается способность оценивать и анализировать свое физическое состояние и проводить параллели между недугами, болезнями и психоэмоциональными состояниями.

По канонам восточной медицины часто болезнь зарождается в недрах разума, а уже затем реализуется в теле. С другой стороны, заболевание физического тела обязательно влечет нарушения на уровне эмоций и психики.

Последнее время все чаще стали появляться подтверждения того, что современная стандартная медицина не справляется с возложенными на нее задачами. Появление большого количества знахарей, народных целителей, коучеров личностного роста, личных менторов, всевозможных течений и практик оздоровления наводит на мысль о том, что в медицине происходит системный кризис. Медицина, симбиоз физики и биологии, как наука о жизни спустилась на молекулярный уровень, выпустив из вида целостность всего организма. Стараясь найти причинно-следственные связи патогенеза на микроуровне, апологеты фармакологии и современных технологичных методов лечения забыли о макроуровне, о том, что человек является не только совокупностью клеток, но состоит из тела, души и разума. Психологи в свою очередь не углубляются в фундаментальные знания о строении человеческого тела. Основными целями преподавания психологии являются:

- обучение фундаментальным психологическим знаниям;
- обучение прикладным психологическим знаниям;
- обучение научно-исследовательским умениям;
- обучение практическим психологическим умениям в применении психологических знаний для решения практических задач;
- обучение умениям психологического просвещения и обучения психологическим знаниям других людей;
- формирование психологической культуры.

В образовательные программы преподавания психологии не входят такие базовые дисциплины, как анатомия, физиология, пропедевтика

внутренних болезней, несмотря на то, что причины многих патологий сегодня модно определять как психосоматические.

На современном этапе в системе образования чаще стали появляться термины: трансдисциплинарный системный подход, междисциплинарный подход, мультидисциплинарный (полидисциплинарный) подход.

Об этом свидетельствует текст «Всемирной декларации о Высшем образовании для XXI в.: подходы и практические меры», принятой участниками Международной конференции по Высшему образованию, состоявшейся в октябре 1998 г. в Париже, в Штаб-квартире ЮНЕСКО. Статьи 5 и 6 данной декларации содержат рекомендации — поощрять трансдисциплинарность программ учебного процесса и учить будущих специалистов, использовать трансдисциплинарный подход для решения сложных проблем природы и общества [182].

Главное место в классификации подходов занимает *дисциплинарный* подход. Этот подход делает обычного человека специалистом в конкретной области. Дисциплинарный подход разделяет окружающий мир на отдельные предметы исследования. Если решение проблемы выходит за рамки конкретной дисциплины, то считается, что оно находится «на стыке научных дисциплин».

Междисциплинарный подход использует прямой перенос методов исследования из одной научной дисциплины в другую. Перенос методов в этом случае обусловлен обнаружением сходств исследуемых предметных областей. Такой подход предполагает сохранение границ дисциплин за счет различия «ведущей» и «ведомой» ролей. Междисциплинарный подход применим для решения конкретных дисциплинарных проблем, в решении которых какая-либо конкретная дисциплина испытывает концептуальные и методологические трудности.

В *мультидисциплинарном* (полидисциплинарном) подходе лежит идея решения проблемы рассматривания ее с точки зрения нескольких равноценных областей. Используя эти результаты, объединяя их, появляется абсолютно новое решение, что дает возможность проводить новые междисциплинарные исследования, а в последующем и создания новых мультидисциплин.

Трансдисциплинарный подход позволяет осуществить общенаучную классификацию и систематизацию дисциплинарных знаний. После такой обработки дисциплинарные знания становятся полностью адаптированными к их совместному использованию в решении научно-иссле-

довательских и практических проблем любой сложности и комплексности [116].

М.В. Кутушов утверждает, что «Открытия можно совершать на стыке наук и эмпирики. Необходимо смелее соединять несоединимое, парадоксальное мышление с логикой» [88]. В данной книге автор применяются различные подходы к рассмотрению вопросов осознания пациентами себя здоровым человеком. Опыт показывает, что работа с пациентом в рамках одной дисциплины не дает результатов в движении пациента к оздоровлению, однако совокупность использования знаний в различных научных направлениях помогает терапевту вывести пациента из состояния дисаутогнозии и научить его самоисцелению.

Изучая общую теорию систем Ю.А. Урманцева (ОТСУ), в которой «Система — это множество объектов-систем, построенное по отношениям Γ множества отношений $\{R\}$, законам композиции Z множества законов композиции $\{Z\}$ из «первичных» элементов m множества $\{M\}$, выделенного по основаниям, а множества оснований $\{A\}$ из универсума U . При этом множества $\{Z\}$, $\{Z\}$ и $\{R\}$, $\{Z\}$ и $\{R\}$ и $\{M\}$ могут быть и пустыми» [144], автор находит еще одно подтверждение, что человек — это часть системы, состоящей из подсистем. При этом он является открытой и закрытой системой одновременно. Открытой структурно для получения энергии и информации, что определяет его как часть системы. Закрытой организационно, стремясь сохранить внутри себя определенные условия жизнеобеспечения, поддерживая гомеостаз, что указывает на его неоднородность. Такая система может существовать и развиваться только в том случае, если она состоит из относительно независимых подсистем, которые могут изменяться самостоятельно. Но только согласованное развитие самостоятельных подсистем дает развитие системы в целом и определяет ее как процесс, стремящийся к конкретной цели — завершенности. В своей книге «Порядок из хаоса» И. Пригожин говорит о том, что все системы содержат подсистемы, которые непрестанно флуктуируют (от автора, от лат. fluctuatio — колебание — любое случайное отклонение какой-либо величины). Иногда отдельная флуктуация или комбинация флуктуаций может стать (в результате положительной обратной связи) настолько сильной, что существовавшая прежде организация не выдерживает и разрушается [114]. В отношении человека и его организма этот процесс выража-

ется в виде заболевания психического, физического и/или душевного. Далее И. Пригожин пишет: «Сильно неравновесная система может быть названа организованной не потому, что в ней реализуется план, чуждый активности на элементарном уровне или выходящий за рамки первичных проявлений активности, а по противоположной причине: усиление микроскопической флуктуации, происшедшей в «нужный момент», приводит к преимущественному выбору одного пути реакции из ряда априори одинаково возможных. Следовательно, при определенных условиях роль того или иного индивидуального режима становится решающей. Обобщая, можно утверждать, что поведение «в среднем» не может доминировать над составляющими его элементарными процессами. В сильно неравновесных условиях процессы самоорганизации соответствуют тонкому взаимодействию между случайностью и необходимостью, флуктуациями и детерминистическими законами» [114]. Переводя на язык биологии, дисфункция одного из органов или систем (физиологических, психологических и т.д.) является определяющей в состоянии организма в целом. Сбой в работе органа или системы вынуждает организм включать компенсаторные процессы, на которые затрачиваются энергия и ресурсы в ущерб или за счет неосновных жизнеобеспечивающих механизмов, длительное использование которых приводит весь организм к более сильному разобщению — хаосу, то есть к ухудшению качества жизни, далее к болезням.

Рассматривать человека можно с двух позиций: как систему макрокосмоса, где делается упор на личность, на внутреннее «Я», когда человек все берет в свои руки, полностью становится творцом своей судьбы и сочетает в себе системы микрокосмоса. И как систему микрокосмоса, где человек сам выступает как часть системы макрокосмоса относительно какого-либо сообщества или вселенной.

В системе макрокосмоса говорить о процессе уравнивания систем можно только в том случае, когда есть понимание процессов, происходящих на уровнях подсистем. При детальном рассмотрении это «порядок из хаоса», подчиняющийся законам самоосознания. Опираясь на определение немецкого философа Иммануила Канта где «Анархия — это не хаос, это порядок без господства», на уровнях микро- и макрокосмоса человек является и анархией и хаосом одновременно. «Анархия» в биологической системе — это общие регуляторные механизмы приспособления к условиям внешней среды (нейрогуморальные, эндокрин-

ные, иммунологические и др.), направленные на поддержание постоянства внутренней среды.

За миллиарды лет эволюции человеческое тело впитало в себя все самое необходимое для жизни. Слаженная работа различных групп мышц и систем помогает сохранять психологический баланс. Но так ли часто мы задумываемся о том, что может наше тело рассказать о себе, о нашем внутреннем состоянии? [17]

И.П. Павлов говорил, что живой организм представляет собой сложную обособленную систему, внутренние силы которой постоянно уравновешиваются с внешними силами окружающей среды. Таким образом, вся жизнь организмов «...есть длинный ряд все усложняющихся до высочайшей степени уравновешиваний».

Влияние на качество жизни оказывает координация регуляторных механизмов, которая возможна с помощью самоосознания.

На сегодняшний день существует две точки зрения: психические болезни приводят к нарушению работы внутренних органов, и вторая: нарушение работы внутренних органов приводит к психическим расстройствам.

Благодаря большим успехам нейробиологов психология становится точной наукой, результаты которой можно проверить молекулярно-генетическими и статистическими методами. Мозг стал объектом молекулярных исследований [162].

В данной книге рассмотрены вопросы нарушения самоосознания (дисаутогнозии) и способы его восстановления через призмы различных наук. Вопрос, что первично — психология или физиология, перестает быть актуальным, так как душа и тело неразрывны по сути, только совокупность взглядов и интегрированный подход позволяют видеть целостность личности. Также рассмотрен вопрос о том, как с помощью осознания своего тела и умением слышать свои внутренние органы эффективно справляться с недугами и самостоятельно восстанавливать работу органов и систем через самоосознание, используя идею «познай самого себя» с точки зрения не только философии и психологии, но и с точки зрения анатомии и физиологии.

Глава 1

ИНТЕГРАТИВНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА «ПСИХО-ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ САМООСОЗНАНИЯ ЧЕРЕЗ ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ». ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Концепция висцеральной терапии

Висцеральная терапия — метод мануального воздействия на внутренние органы человека. Это метод восстановления функций внутренних органов и систем через болевую коррекцию (усиление боли), через переднюю брюшную стенку.

В основе висцеральной терапии лежит идея о положении органов в грудной и брюшной полостях. В процессе жизнедеятельности их положение меняется. В брюшной полости органы опускаются из-за изменения размеров желудочно-кишечного тракта — увеличение длины кишечника, что приводит к сдавливанию органов малого таза и уменьшению размеров грудной полости, где органы поднимаются. Боль в брюшной полости рождается из-за того, что при спастическом сокращении гладкой мускулатуры стенки полого органа возникают расстройства кровоснабжения сокращающейся мускулатуры. Снижается рН крови в этой зоне, что воспринимается хеморецепторами интимы сосудов в зоне гипоксии как боль (пункт 1.19.), что неизбежно приводит к различным патологиям.

Органы и системы могут адекватно работать только в расслабленном состоянии! Целью висцеральной терапии является снятие спазмов, снятие болевого синдрома, улучшение кровообращения, восстановление расположения внутренних органов с помощью тактильного метода. Проводится специфический массаж внутренних органов с большим количеством тонкостей, так как висцеральное воздействие многим отличается от обычного массажа, поскольку массаж — это разогревание тканей, устранение застойных процессов, а висцеральное воздействие подразумевает осторожное изменение положения органа, снятие спазмов, восстановление (улучшение) кровообращения, восстановление висцерального самоосознавания.

1.2. Самоосознание не самосознание

Самосознание — сознание субъектом самого себя в отличие от иного — других субъектов и мира вообще; это сознание человеком своего взаимодействия с объективным миром и миром субъективным (психикой), своих жизненно важных потребностей, мыслей, чувств, переживаний, инстинктов, действий. Другими словами, понимание самого себя субъектом в сравнении с чем- или кем-либо.

В данной книге рассматривается вопрос понимания субъекта самого себя в момент здесь и сейчас, опираясь на внутренние ощущения — слышание своего тела, на висцеральные ощущения — слышание своего организма.

Самоосознание в отличие от самосознания — это осознанность человека, это процесс актуального сознавания себя в тот или иной конкретный момент времени.

В разговорном языке в момент приветствия часто употребляется фраза: «Как ты себя чувствуешь?» Приятно, что кто-то заботится о моем самочувствии. Но в связи с темпом жизни сегодня эта фраза будет иметь бóльший смысл, если спросить: «Ты себя чувствуешь?», и продолжить «Если ДА, то как?».

В данном разделе книги речь пойдет не о том, сколько мышечной или умственной силы или какое количество мозга индивид задействует в данный момент времени, а о его умении прислушиваться к работе своего организма и о контроле этой работы.

1.3. Висцеральное самоосознание

Современное определение висцерального (лат. *Viscera* — внутренности) самоосознавания — это ощущения, образуемые из импульсов от рецепторов внутренних органов, включая реакции на растяжение, сжатие, изменения температуры, вибрацию, влияние химических субстанций. В отличие от точки зрения, согласно которой висцеральная чувствительность является недифференцированной, высказывается и другая, в соответствии с которой существует множество субмодальностей висцеральных ощущений (чувство голода, насыщения, жажды, полового возбуждения, позывов на уринацию и дефекацию и т.п.), причем все они или любая из них, при психическом расстройстве, могут или

может проявляться разнообразной психопатологической симптоматикой [102]. Висцеральные боли появляются при поражении патологическим процессом внутренних органов (сердце, желудок, печень, почки и др.). Эти боли характеризуются большой интенсивностью и широкой иррадиацией; возможны так называемые «отраженные боли», когда при поражении внутреннего органа боль ощущается в другой части тела [64].

1.4. Чувство и самоосознание

В своей книге «Удовольствие: Творческий подход к жизни» Лоуэн А. пишет: «тело — это единственное, что реально чувствует и с чем соприкасается человек. Окружающую среду он чувствует лишь в качестве воздействий на свое тело. Он чувствует, как тело реагирует на стимулы окружающей среды, и потом проецирует свое чувство на стимулы» [92].

Человек самосознает или точнее идентифицирует себя относительно внешнего мира через импульсы, воспринимаемые внешними рецепторами (глаза, уши и т.д.). С младенчества — дома, в дошкольных, школьных учреждениях у детей развивают восприимчивость внешних рецепторов. Развитие ребенка направлено во вне. Но никто не учит ребенка слушать, ощущать себя изнутри, смотреть «в себя». В программах развития детей нет пункта по обучению внутреннего восприятия себя. Процесс познания своих внутренних ощущений для человека является практически эмпирическим.

«Самоосознание есть функция чувствования. Это совокупность всех ощущений тела в любой данный момент времени. Благодаря самоосознанию человек знает, кто он есть. Он сознает все, что происходит в любой части его тела. Другими словами, он находится в соприкосновении с самим собой. Он ощущает, например, поток чувств в теле, связанный с дыханием, а также все остальные спонтанные или произвольные движения тела. Однако он сознает не только это, но и ограничивающие его движения мышечные напряжения, ибо они тоже создают ощущения. Человек с недостаточным самоосознанием часто стеснителен. Вместо контакта с собственным телом он видит его как бы со стороны, мысленным взором. При отсутствии внутреннего контакта с собой он чувствует странность и неуклюжесть своего тела, что заставляет его стесняться своих движений и выражений [92]. Неуверенность в себе есть отсутствие внутреннего контакта с собой.

Обычно человек не может сказать, расслаблены или сокращены мышцы его ног, отведены назад или подобраны его ягодичы, прямая или сгорбленная у него спина, приподняты или опущены плечи. Такой недостаток осознанности говорит о неполноценном функционировании тех частей тела, которые выпали из сознания» [92].

С внутренними органами ситуация складывается чуть иначе. Для функционирования органам и системам не обязателен тотальный контроль со стороны их «хозяина». Если человек находится в состоянии покоя, то и биологическая система — человек находится в состоянии постоянной саморегуляции. Но в момент стресса, причем стресс может быть как со знаком «минус», так и со знаком «плюс», эта система выходит на короткий промежуток времени из обычного режима. Если такие ситуации повторяются периодически, то биологическая система не успевает восстанавливаться. Стрессы индивид испытывает постоянно. И здесь важным является понимание, как выводить свой организм из состояния напряжения. Для того чтобы снять напряжение, нужно понимать, где, в какой части организма оно образовалось. В этот момент наступает «звездный час» самоосознания. Биологическая система — человек в момент своей несостоятельности подает разуму различные сигналы о проблемах и о необходимой помощи. Их нужно только распознать. «Неспособность прислушиваться к сигналам своего тела способствует ускорению старения и является основной причиной многих болезней. Когда тело выражает здоровую потребность, а ум отказывается его слушать, равновесие нарушается и закладывается основа для разделения ума — тела» [49].

1.5. Различие висцеральных и соматических болевых ощущений

«Одной из принципиальных особенностей регуляции чувствительности, в том числе болевой, является приоритетная адресация сознанию соматосенсорной информации, формирующейся при действии стимулов внешней среды с присущими ей характеристиками модальности и, в отличие от висцеральной афферентации, непредназначенной для осознания процессов, происходящих во внутренней среде организма» [13].

При поражении внутренних органов различие постоянного потока нервных импульсов висцеральной чувствительности и соматосенсор-

ной информации имеет эволюционное значение. Защитные механизмы осознания висцеральной информации играют роль в процессах формирования боли, существенно отличающуюся от соматосенсорной боли, возникающей при повреждении опорно-двигательного аппарата и кожных покровов.

Соматосенсорная боль осознается точной локализацией и интенсивностью, позволяет формировать защитно-приспособительные реакции и адекватное поведение — реакции защиты, агрессии и избегания.

Формирование адаптивного поведения при висцеральных болях затрудняется отсутствием локальности, пониманием интенсивности и объема повреждений. Приспособительная тактика — принятие «вынужденной позы», такая ограниченная защитная реакция часто становится основой патогенеза.

Д.П. Билибин, О.А. Шевелев, Н.А. Ходорович, опираясь на результаты своих исследований, в статье «Типовые механизмы регуляции висцеральной ноцицепции» высказывают мнение, что такие «качества висцеральной боли сформированы за счет особенностей организации висцеральных афферентных систем, включая первичное сенсорное звено и интраорганную нервную систему. Анатомо-функциональная организация доцентральных висцеральных взаимосвязей за счет широкого анастомозирования на уровне нервных узлов и сплетений обуславливает развитие эффектов взаимной модуляции афферентных потоков от внутренних органов. Начиная с сегментарных структур, висцеральные афферентные потоки формируются преимущественно экстралемнисковыми системами, не имеющими строгой соматотопической организации и также широко анастомозирующими. В висцеральных афферентных системах не выражены признаки передачи информации из «точки в точку» при условии конвергенции и взаимодействия висцеро- и соматосенсорных потоков возбуждения» [12].

Автор книги предполагает, что данное исследование стремилось ответить на вопрос «Как и в какую области головного мозга происходит передача болевого сигнала от внутренних органов?», и пришел к заключению: «Экспериментальные исследования позволили продемонстрировать несколько уровней эффективной модуляции висцеральных афферентных реакций и предположить, что висцеральная ноцицепция, обеспеченная общими принципами организации висце-

ральных афферентных связей, включает в качестве основных интра-органные, спинальные сегментарные и кортико-гипоталамо-бульбарные механизмы регуляции болевой чувствительности внутренних органов» [12].

Если задать вопрос: «почему в процессе эволюции афферентации висцеральной чувствительности не имеют локальности и снижена их интенсивность?», автор книги предполагает, что, вероятно, из-за большого количества факторов ноцицептивного воздействия (стрессовые ситуации, инвазии, питание, инородные тела и т.д.), большого количества нейронов в желудочно-кишечном тракте — «энтеральный мозг», постоянного синтеза гормонов и нейромедиаторов (об этом подробнее ниже), такое неявно выраженное восприятие висцеральных ощущений является мощным защитным механизмом для центральной нервной системы. Сигнальными системами для идентификации висцеральных ощущений при развитии патологических процессов могут служить анатомические особенности брюшной полости. Все органы и ткани, которые относятся к висцеральной системе, «не защищены» скелетом и имеют прямой доступ для манипуляций через переднюю брюшную стенку. При надавливании на тот или иной орган брюшной полости у человека появляется оценка интенсивности и локальность восприятия боли или ощущения, и пациенты, в большей степени (без психических расстройств) могут охарактеризовать и описать боль.

Или же если рассматривать тело как границу между внутренним и внешним миром (об этом подробнее ниже) и воспринимать его как объект восприятия и оценки внешнего мира и идентификации себя относительно внешнего мира, то соматосенсорные импульсы должны быть гораздо интенсивнее, ярче и чувствительнее, чем висцеральные. Из внешнего мира исходит гораздо больше опасностей, чем от внутреннего, соответственно висцеральные ощущения не имеют ярко выраженной локализации и интенсивности по причине не отвлечения от контроля за проявлениями внешнего мира.

Таким образом, различием в афферентации висцеральной чувствительности и соматосенсорной информации является не область фиксации и анализа информации в головном мозге, а степень восприятия количества и интенсивности болевой информации при ноцицептивном воздействии.

1.6. Дисаутогнозия — нарушение самоосознавания

Разделение души и тела, нарушение самоосознавания органических ощущений является патологией — дисаутогнозией, т.е. у пациента отсутствует внутреннее ощущение себя, своего тела в пространстве, что неизбежно приводит к нарушению самооценки — самоосознанию. Зачастую индивид выбирает ту или иную форму поведения, не подозревая, чем она продиктована. Одной из форм нарушения осознания «Я» К. Ясперс определяет как «расстройство, при котором актуальные инстинктивные побуждения воспринимаются как собственные, хотя и привнесенные болезненным процессом, и в то же время восприятие прежних личностных побуждений как чуждых» [166, с. 159—167].

1.6.1. Нарушение самосознания (дисаутогнозия) по В.А. Жмурову

Нарушение самосознания (дисаутогнозия), по мнению В.А. Жмурова, характеризуется следующими качествами: чувство измененности, утраты, отчуждения или потери единства собственной личности — аутопсихическая деперсонализация, своего тела («телесного “Я”») — соматопсихическая деперсонализация, а также переживанием нереальности и отчуждения окружающего мира — аллопсихическая деперсонализация или дереализация. Наблюдаются различные нарушения самосознания.

- 1) Психическая анестезия. Это ослабление и утрата актов самовосприятия. Характеризуется выпадением из сознания различных сторон образа собственного «Я».
- 2) Телесная анестезия — выпадение актов восприятия собственного тела или отдельных его частей: «Не чувствую тела ниже пояса... Тела как будто нет совсем — остались одни глаза... Чувствую только голову, а тело — нет...»
- 3) Утрата сознания актов восприятия и представлений о внешнем мире: «Ничего вокруг меня будто нет, я осталась совершенно одна...»
- 4) Утрата сознания собственной активности: «Чувствую себя роботом, автоматом...»
- 5) Утрата сознания эмоций: «Нет никаких чувств, ни хороших, ни плохих... Стала бесчувственной, как чурка...»

- 6) Утрата сознания активности мышления: «Мыслей нет, совсем не думаю... Нет памяти, ничего не соображаю, голова пустая...»
- 7) Утрата восприятия внутренних ощущений: «Внутри пусто, будто полый весь... Я вроде трубы, ничего не ощущаю в себе... В груди ничего нет, все затихло, замерло там...»
- 8) Чувство неясности, потери сознания: «Будто не проснулся совсем, полусонный... Все время в какой-то полудреме... Хожу как во сне и себя во сне вижу...»
- 9) Утрата сознания индивидуальности: «Стал безликим, нет ничего своего... Потерял свое лицо, растворился, моего “Я” больше нет...»
- 10) Утрата сознания “Я”: «Меня больше нет, мое “Я” исчезло... Меня нет вообще, больше не существует... Мое “Я” на нуле, на точке замерзания...»
- 11) Дерееализация — утрата сознания реальности окружающего и самого себя: «Окружающее будто бы снится, а не есть на самом деле...»
- 12) Утрата эмоционального резонанса — выпадение из сознания актов восприятия эмоционального отклика, сопровождающего взаимодействие с внешним миром. Вследствие этого возникает чувство разобщения с окружающим: «Мир там, в другом месте, а я — здесь... Я оказалась в стороне от других, вроде сбоку...»
- 13) Утрата сознания витальности — потеря ощущения жизненности: «Не могу понять, живой я или уже мертвый... Смотрю на свою руку, а она омертвевшая... Гляжу мертвыми глазами... Я — труп, мертвец...» [53, ч. II, с. 70—95].

1.6.2. Дегерсонализация. Е. Штеринг

Е. Штеринг (1939) представил четыре дегерсонализации:

- 1) напряженное самонаблюдение вытесняет нормальное «Я-сознание»;
- 2) нарушение чувства самопроизвольности психической активности;
- 3) снопоподобная оглушенность;
- 4) патологическая измененность чувственных, телесных ощущений.

1.6.3. Дерееализация или дисаутогнозия?

Термин «дисаутогнозия» (дис. *autos* — сам, *gnosis* — знание, познание), обозначающий упомянутые выше расстройства, не используется

в руководствах по психиатрии и в терминологических словарях. Чаще всего применяют выражение «синдром деперсонализации — дереализации», которое не отражает всей сути вопроса, так как не относится к понятиям: нарушение самооценки, самопознание, самосознание. Дереализация и деперсонализация являются отражением интеллектуальных аспектов: предубеждения, убеждения и гипотезы относительно себя, отношение индивида к самому себе, знание о самом себе. Но эти термины не раскрывают смысла непосредственного восприятия индивидом себя, как чувственный образ собственной личности, который не покидает его на протяжении жизни, если у индивида не развилось психическое расстройство [62].

К. Ясперс [166], Жмуров [53], Меграбян [97; 98, с. 27—39], Чудновский [154, с. 3—18], Ольшанский [109, с. 17—22] и другие авторы сходятся в том, что к нарушению самовосприятия, самоосознания приводит нарушение в висцеральном осознании болезни или боли. Д. Дюга и К. Мутье (1898; 1910) ввели в психиатрию термин «деперсонализация» — исчезновения ощущения «Я», ощущение обезличивания [30, с. 7—39]. С феноменологической точки зрения деперсонализация проявляется психическим отчуждением, при котором определенная патологическая продукция приобретает характер автономности и выходит из-под контроля психики и «Я». Эта патологическая продукция, осуществляя проекцию во внешний мир, создает выраженные противопоставления картине мира доболезненного «Я», усиливая чуждость происходящих изменений [30; Берток 1983: 214—215; Чудновский 1982: 3—18; Соложенкин 1998: 356—375; Столин 1983: 34—52]. Поэтому в данной книге автор использует термин *дисаутогнозия*, а не *деперсонализация*.

Является ли дисаутогнозия патологией приобретенно-врожденной или же это нарушение является следствием невежества? Как писалось ранее, ребенка не учат ощущениям себя изнутри. О существовании внутренних органов знают большинство людей. Но о том, как они называются, как работают, где расположены и как между собой связаны, не знает 98% населения (исключение составляют категории тех профессий, которые имеют непосредственное отношение к данным знаниям). Опыт работы с пациентами показывает, что, несмотря на школьный курс анатомии (биология 8-й класс), современный человек (страны проживания: Россия, США, Италия, Турция, Словения) не имеет понятия о висцеральных ощущениях.

1.6.4. Соместезия

Соместезия — комплексное образование, объединяющее все виды кожной рецепции, кинестезию, интерорецепцию и зрительные ощущения и формирующее схему тела [75]. «Соместезия представляет именно ту чувственную основу самосознания, которую И.М. Сеченов считал сенсорным источником личности» [3]. При изучении такого психологического феномена, как «Я-человека» и при определении его структуры к первичному уровню — ядру «Я» — относят чувство существования тела, включающее комплекс ощущений и эмоций. Таким образом, очевидной является связь сенсорной сферы с субъективной стороной жизни человека, со становлением и развитием его самосознания [75].

1.7. Прогресс, фармакология, здоровье

В 1592—1599 гг. Уильям Шекспир в своих сонетах писал:

*Я понял: если ты причина бед,
Лекарства мне приносят только вред [156];*

*Но понял я: лекарства — яд смертельный
Тем, кто любовью болен беспредельной [157];*

*Но коль тебя болеть заставил рок,
Лекарство яд, как учит мой урок [158].*

Эти строки являются свидетельством того, что в XVI в. у людей было понимание, что от любовных переживаний, эмоциональных страданий и т.д. нет лекарств.

В современном мире не принято выражать свои эмоции. Нормой реакции является отсутствие реакции. Г. Гурджиев говорит: «Но человек не может не реагировать. Невозможно оставаться безучастным, даже когда вас никто не затрагивает и вы находитесь в естественном состоянии. Таков закон, такова психика человека» [108]. Человек реагирует, но блокирует эмоции внутри себя. Как уже говорилось, не выраженные эмоции рождают болезни, а болезни в современном мире принято лечить с помощью фармакологии и хирургии.

В прошлом веке легендарный советский и украинский кардиохирург, ученый и писатель Николай Михайлович Амосов сказал: «Ответ-

ственно заявляю: более 70% лекарств назначаются зря, а врачи просто ослеплены верой в могущество таблеток. Бойтесь попасть в плен к врачам, потому что любой врач всегда нацеливается на болезнь, но только не на здоровье!»

«Фармацевтическая и биотехнологическая отрасль занимает особое место в мировой экономике. Это самая высокотехнологичная индустрия по объему абсолютных и относительных затрат на научно-исследовательские и опытно-конструкторские разработки. Кроме того, это одна из наиболее социально значимых отраслей, обеспечивающая доступ пациентов к современным лекарственным препаратам и поддерживающая стабильное развитие системы общественного здравоохранения» [106, с. 5].

1.7.1. Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. (Фарма-2020)

«Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. (Фарма-2020), принятая Правительством в 2009 г., стала одной из наиболее успешных отраслевых программ развития в России за последнее десятилетие. Только в 2015 г. было открыто 6 фармацевтических заводов, а всего с 2013 г. запущено 19 производственных площадок, в том числе 7 с участием иностранных инвесторов. За последние 5 лет отечественная фармацевтическая отрасль привлекла свыше 120 млрд руб. частных инвестиций» [106, с. 4]. Эти данные приведены в обзоре тенденций на глобальном и российском фармацевтическом рынке Фонда развития промышленности Российской Федерации.

В настоящее время высокий уровень развития фармакологии и неуклонный рост числа новых высокоэффективных лечебных препаратов и технологий, казалось бы, должны затмить методы традиционной медицины. Ведь врачу предоставляется возможность проводить целенаправленную терапию, используя лекарственные средства в готовой форме. Однако широкий диапазон благоприятного воздействия и возможность реализации холистического подхода сохраняют актуальность методов традиционной медицины [80]. Н.М. Амосов писал: «Нужно пересмотреть идеологию современной медицины. Ее кредо: “Человек слаб”»,

“Нет здоровых, все больные”, “Лечить, и как можно больше лекарств”». В результате в каждой истории болезни видишь десятки медикаментов, вместо двух-трех, но точно нацеленных. Это показатель не высокого ума, а низкой квалификации. Наши врачи не верят в природу и не знают профилактики. И уж, конечно, не владеют психотерапией. Впрочем, для казенного служаки это и не нужно. «Солдат спит, а служба идет». «Не надейтесь, что врачи сделают вас здоровым. Они могут спасти жизнь, даже вылечить болезнь, но лишь подведут к старту, а дальше — чтобы жить надежно — полагайтесь на себя». Сознание современного человека сегодня работает совершенно иначе. Пациенту некогда разбираться со своим здоровьем, проще и быстрее проглотить таблетку (не важно какую), выгоднее переложить ответственность за свое здоровье на врачей. «Ты этому учился, вот и лечи». «Я плачу тебе деньги, а твоя задача сделать меня здоровым». «Мне по врачам бегать некогда, выпишите мне таблетки, и все будет хорошо». Но «хорошо», если и будет, то не надолго. Мало кто из пациентов задумывается о последствиях такого отношения к своему телу. Мало кто из медработников собирает и анализирует статистические данные, что происходит с пациентом через 5, 10, 15 лет после проведенного лечения и какие последствия имеют современные методы лечения. Легче проглотить, помазать, сделать тайский массаж с маслами, чем остановиться на миг и послушать себя, свой организм, осознать себя в пространстве современных реалий. Такому сознанию сопутствует и реклама, особенно транслируемая по телевидению.

1.7.2. Преимущества размещения рекламы на ТВ

Преимущества размещения рекламы на ТВ:

1. Реклама на телевидении достигает такого количества потенциальных покупателей, которого не достигает пока ни одно другое средство — ни радио, ни пресса, ни Интернет, ни наружная реклама.
2. Реклама на телевидении действует быстро, на всех зрителей сразу.
3. Хотя эфирное телевидение не позволяет достичь узких целевых групп, все же с его помощью можно «выйти» на определенную аудиторию. Дети могут быть достигнуты через мультфильмы. Фермеры — через сельскохозяйственные передачи. Домохозяйки —

через послеобеденные мыльные оперы и ток-шоу. Мужчины — через спортивные передачи и т.д.

4. В связи с тем что телевидение воздействует сразу на зрение и слух человека, оно может не только рассказать, но и показать со звуком, в движении, в цвете. Это аудиовизуальный канал.
5. Телевидение предлагает широкие возможности для творческой рекламы. С помощью камеры можно привести аудиторию куда угодно и показать ей очень многое. Таким образом, телевизионная реклама как бы дает человеку возможность самостоятельно, с помощью собственных глаз (и слуха) оценить предлагаемое ему. В связи с этим покупатель может составить себе достаточно широкое представление о товаре или услуге [68].

Можно представить себе, какое влияние реклама фармпрепаратов и медицинских технологий оказывает на население. «Выпейте таблетку, и будет вам счастье». Любая реклама имеет право быть, но речь ведется о сознании человека, о его культуре принимать, фильтровать и использовать информацию. Фарминдустрия грамотно спекулирует на невежестве людей, предлагая им мнимое здоровье, «беря на себя ответственность» за здоровье и сохранность наций. Человеку выгодно избавиться от еще одной статьи ответственности в своей жизни, освободив время на зарабатывание денег и т.д., которые он впоследствии будет тратить на благо фармации. «Сегодня я потрачу чуть-чуть, а дальше разберусь». А в реальности получается, что дальше — больше. Дальше простой асперинкой не обходится. Дальше, со стороны фармпроизводства, разворачивается целая программа по захвату сознания населения. Зная, что человек готов отдать последние деньги, лишь бы не болеть самому и помочь близким выздороветь, фармакологическая промышленность производит новые препараты и в большем количестве.

В.Ю. Горчаков лекцию № 2 «Что такое жизнь? человек, кто он?» в своей книге «Введение в теорию информации природных систем» начинает словами: «По определению советского академика Энгельгардта жизнь — это обмен веществ, энергии и информации. Хотя он имел в виду обмен веществ у живых организмов. Любое материальное тело не только принимает информацию извне, но и само является источником специфической информации, участвуя, таким образом, в информационном обмене, и является частью природных информационных систем» [35]. При потреблении фармакологической продукции человек транс-

лирует во вне информацию о своих потребностях. Получается некий симбиоз человека и фарминдустрии. Одни производят, другие потребляют. И чем больше вторые потребляют, тем больше они в этом нуждаются, тем еще больше производят первые.

Когда природа создавала человека, в ее планы не входило создание химических препаратов для сохранения жизни. Человек создан — как мощная саморегулирующаяся и самогенерирующая система. «Мозг — это аптека Бога, в которой имеются все лекарства, увлажняющие масла, опиаты, кислоты и другие медикаменты, которые мудрость Бога сочла необходимым для человеческого счастья и здоровья» [175]. Но человеческое существо выбрало другой путь, расставив приоритеты не в пользу гармонии с природой и с самим собой, а в пользу своей лениности, техногенности и прогресса. Выбирая благо*, а не благодать** происходит отдаление от Бога, т.е. от самого себя.

1.7.3. Шулевский Н.Б.

О исследовании макроструктурной динамики

Нарушается самосознание и самоосознание. В своей статье Н.Б. Шулевский пишет: «Сегодня высокую социометодологическую активность проявляет универсальная матрица “Премодернизм — Модернизм — Постмодернизм” в исследовании макроструктурной динамики и эсхатологии современного мира, его трансформаций, его растворения (как соляной куклы в купели) в скрыто соблазнительной бесформенности, симулирующей обличья любых форм. Но в то же время эта

* Благо — все, что способно удовлетворять повседневные жизненные потребности людей, приносить людям пользу, доставлять удовольствие. В экономическо-социальном отношении под благом разумеется все, что, имея ценность, может иметь и рыночную цену, следовательно, в обширном смысле подразумеваются все имущественные блага.

** Благодать (др.-евр. נָחַם; др.-греч. χάρις, лат. gratia) — одно из ключевых понятий христианского богословия, рассматривается как дар для человека от Бога, подаваемый исключительно по милости Господа, без всяких заслуг со стороны человека и предназначенный для его спасения и освящения («возрастания в благодати»). Благодать понимается как действенное снисхождение Бога к человеку, действие Бога, изменяющее сердце человека, и само свойство Бога, указывающее на Его доброту, милосердие. В традиционном представлении о благодати сочетается понимание ее одновременно как деяния и как силы.

модель не указывает единого основания, связующего все ее части; нет в ней экзистенциальной перспективы этого мира, его телеологического детерминизма. Нет в ней методологии анализа самосознания и сознания. Она от них бежит, провоцируя современных людей отказаться от этих идеальных сил, заменить их гламурной приятностью или сладостью бессознательных рефлексов, живых галлюцинаций и механических реакций. Но человек может порвать эти оковы и вернуться с покаянием к самосознанию. И чтобы избежать этого случая, наша матрица и ее хозяин сотворили эфирное царство, в котором человек, вкусивший его благ, становится его рабом, скотом, холопом и глумливой жертвой. Отчасти сей факт установил маэстро евромудрости XX в. — М. Хайдеггер, который заметил, что среди западоидов началась мыследемия, которую он назвал “Бегство от мышления!” “Бездумность — зловещий гость, которого встретишь повсюду в современном мире. Усиливающаяся бездумность проистекает из болезни, подтачивающей самую сердцевину современного человека. Сегодняшний человек спасается бегством от мышления. Это бегство от мышления и есть основа для бездумности. Это такое бегство, что человек его и видеть не хочет и не признается в нем себе самому. Сегодняшний человек будет напрочь отрицать это бегство от мышления. Он будет утверждать обратное”» [159, с. 83—98]. Современные люди боятся думать, эмигрируя из мысли в благодать мрака, полагая, что без мысли субъект этой «заразы» исчезнет счастливее, удачнее и незаметнее. Но Хайдеггер увидел бегство западоидов только из мысли; «но люди Запада бегут-то и от самосознания, от понимания своего человеческого бытия. И если от разума евриканы ищут спасения в искусственном интеллекте, то спасения от правды самосознания они ищут в бессознательных, вегетативных и витальных мирах своего тела, рекламе искусственного сознания» [151].

1.7.4. «Нет тела, нет дела»

Человеческая цивилизация сама загнала себя в ловушку. В попытках облегчить и упростить себе жизнь человек потерял себя, забыл, что значит слышать свой разум, свои желания и свое тело, тем самым усложнил свое пребывание в этом мире и отяготил себя болезнями. Фарминдустрия и стандартная медицина сбили систему координат здоровья,

изменили ориентиры «не болезни». «Бегущему» современному человеку выгодно не слышать себя, «нет тела, нет дела».

Совершенно очевидно, что физические и психологические возможности человека имеют свои пределы. Люди сознают, что, увеличивая свое господство над миром, человек в стремлении к безопасности, комфорту и власти обрстал целым арсеналом всякого рода приспособлений и изобретений, утрачивая при этом те качества, которые позволяли ему жить в своей первозданной девственной природной среде обитания, и что это, возможно, ослабило его физически, притупив биологическую активность. Можно с уверенностью сказать, что, чем более «цивилизованным» становится человек, тем меньше он оказывается способным противостоять трудностям суровой внешней среды и тем больше нуждается в том, чтобы защищать свой организм и здоровье с помощью всякого рода медикаментов, снадобий и великого множества других искусственных средств [112].

1.8. Рельефное тело, подтянутый живот или здоровье?

Мода. Тенденции моды сегодня — стройное подтянутое тело. Культ красоты пользуется большой популярностью. Рельефное тело, подтянутый живот, но что может скрываться за такой панцирной красотой? Русская поговорка гласит: «Красиво, да животу тоскливо». Живот — это часть тела, которая принимает участие в процессе дыхания. При вдохе и выдохе сокращается и расширяется диафрагма (рис. 1). Расслабление живота приводит к понижению давления в грудной полости, происходит расширение легких за счет их эластичности. Этот процесс тихого мягкого (легкого) дыхания, который не требует много энергии [134]. При необходимости увеличения силы дыхания мышцы живота противостоят увеличению объема, повышенное давление в животе поднимает грудную клетку и диафрагму вверх, что увеличивает объем вдыхаемого воздуха. В философии йоги глубокое дыхание является ключом к физиологическому, духовному, эмоциональному, психологическому здоровью. К сожалению, большинство людей не помнят, что такое расслабленный живот. Девочек и мальчиков с детства приучают быть подтянутыми, т.е. живот должен быть втянут. Как гласит фраза из к/ф «Служебный роман», «Все в себя». Выпертый живот является признаком расхлябанности и распусценности. Если же человек и распускает

его, то это только потому, что из-за избыточного веса он не в состоянии втянуть в себя живот. Эрин Рабке в своем интервью говорит: «Но постоянно втянутый и напряженный живот — это не то же самое, что сильный живот. “Сильный” и “напряженный” — это две совершенно разные вещи, несмотря на то, что в индустрии фитнеса дается очень много указаний “напрячь свой центр” в процессе любых упражнений. В этом примерно столько же смысла, как если бы кто-нибудь сказал: “О, вы хотите сделать бицепсы сильнее? Вам нужно напрячь руку и ходить так весь день”. На самом деле, часто помогает прямо противоположное. Вы не можете сократить мышцу, если она уже постоянно сокращена. Сила — это хорошо. Мышечную силу развивают сокращение и расслабление. Напряженный — это не то же самое, что сильный» [73].

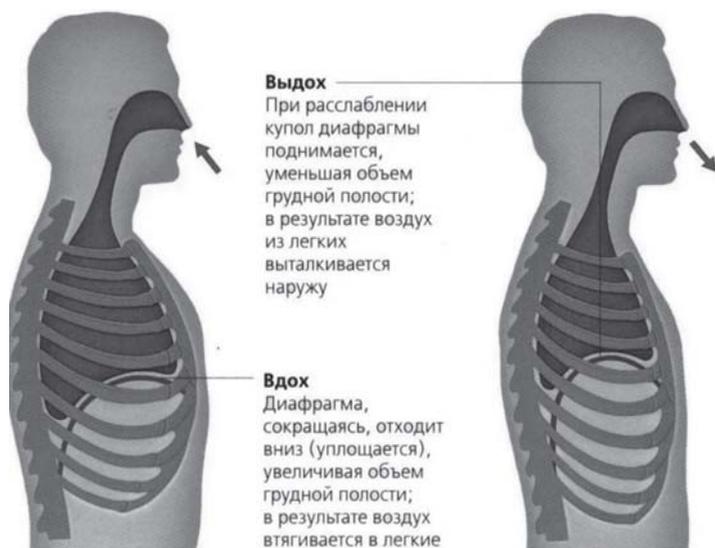


Рис. 1. Положение диафрагмы

Постоянно напряженная брюшная стенка не оставляет возможности внутренним органам занимать свое естественное положение. При их вдавливании в брюшную полость диафрагма вынуждена подниматься и оставаться в таком фиксированно-напряженном положении. В клинической медицине эта дисфункция обозначается как высокое стояние диафрагмы.

1.8.1. Диафрагма

Диафрагма — это, пожалуй, единственная мышца, которая работает 24 часа в сутки. Обратимся к анатомии. Диафрагма — мышечно-апоневротическое образование, отделяющее грудную полость от брюшной. Представляет собой плоскую тонкую мышцу, имеющую форму купола, обращенного выпуклостью вверх и покрытого пристеночным листком плевры. В диафрагме находятся физиологические отверстия (рис. 2), через которые проходят нижняя полая вена, аорта, пищевод, грудной проток лимфатической системы, блуждающие нервы, симпатические стволы, чревные нервы, непарная и полунепарная вены. В среднем верхушка правого купола диафрагмы находится на уровне четвертого, а левого — на уровне пятого межреберного промежутка. Экскурсия (движение) диафрагмы при спокойном дыхании — 1—2 см, при глубоком форсированном — 6—8 см. Каждый сантиметр движения диафрагмы — это дополнительный объем воздуха, несущего кислород для тканей организма [128].

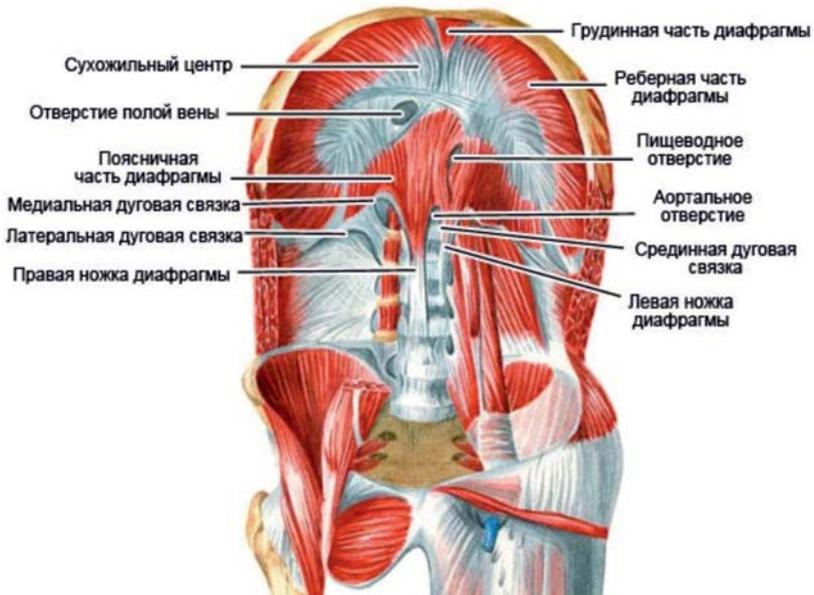


Рис. 2. Диафрагма

Крепится диафрагма одним (реже двумя) мышечным пучком к мечевидному отростку, реберной частью к внутренней поверхности хрящей нижних шести пар ребер (VII—XII), от поясничной части диафрагмы спускаются вниз по передней поверхности тел поясничных позвонков и вплетаются в переднюю продольную связку, образуя правую и левую мышечные ножки диафрагмы (*crus dextrum et sinistrum diaphragmatis*). Левая ножка идет от L1 до L3, а правая ножка обычно развита сильнее: она толще, начинается от L1 и достигает L4.

Кроме мышечных ножек поясничная часть диафрагмы также имеет другие более жесткие соединительнотканые прикрепления к поперечным отросткам первого (второго) поясничного позвонка и к двенадцатому ребру. Между этими прикреплениями диафрагмы соединительная ткань диафрагмы натянута в виде арок, а под этими арками проходят всякие жизненно важные структуры [71].

1.8.2. На что влияет неправильная работа диафрагмы?

Как уже говорилось, при верхнем положении диафрагма находится в фиксированно-напряженном положении. При вдохе — это ее физиологичное состояние. Но если диафрагма постоянно находится в верхнем, напряженном состоянии, то это оказывает влияние:

- на дыхание — легкие не имеют возможности наполняться (раскрываться) в достаточно необходимом для организма объеме, что приводит в последующем к кислородному голоданию тканей и как следствие органов;
- на циркуляцию крови во всем организме, так как напряженное мышечное волокно диафрагмы сужает просвет магистральных кровеносных сосудов и создает напряжение их стенок;
- на трансмуральное давление, так как давление внутренней поверхности сосуда увеличивается, это может быть причиной ишемизации сосудов, ведущей к соответствующим последствиям для всего организма;
- на венозный застой нижних конечностей, брюшных органов и органов малого таза;
- на кровообращение верхних конечностей и прежде всего головного мозга;
- на изменение положения сердечной оси;

- на изменение угла наклона сердца, которое приводит к изменению углов входящих и выходящих кровеносных сосудов;
- на изменение положения поясничных позвонков, которое может быть причиной протрузий межпозвонковых дисков и межпозвонковых грыж.

Из вышесказанного можно сделать вывод: постоянно «подтянутый» напряженный живот приводит к значительным изменениям в организме и может стать причиной многих патологий.

1.8.3. Мягкий безболезненный живот

Одним из первых признаков «относительного здоровья» является мягкий безболезненный живот. В процессе онтогенеза человек подвергается стрессам, эмоциональным и психологическим травмам, социальному влиянию, все это способствует тому, что живот становится железобетонной стеной, которая разграничивает и защищает личность от внешнего мира. Женщины стесняются размеров своего живота, прячут его под одеждами, мужчинам, в большей степени, вообще до него нет никакого дела — затянул потуже ремнем и вроде как его и не видно. Человек прячет свои проблемы внутрь себя и старается забыть об этом складе, тем самым только усугубляет ситуацию. Возвращаясь к вопросу о самосознании и самоосознании — избегание и нежелание видеть, принимать и работать со своими реакциями на стресс, не умение слушать свой организм, невидимой дорожкой приводит индивида к болезням. Снимая панцирь (расслабляя живот), человек начинает чувствовать глубокую уязвимость, которая помогает ему прожить подлинное «Я».

Живот — мощный энергетический, физический, соматический и эмоциональный центр, который должен быть свободным. Ему необходимо позволять дышать. Дыхание животом дает возможность свободно биться сердцу. Во времена советской медицины, выезжая «к сердечнику», первым делом врачи скорой помощи просили пациента надуть живот. Тем самым освобождалась брюшная полость, диафрагма расслаблялась, опускалась и сердце занимало свое естественное положение. Расслабленный живот дает возможность адекватно работать внутренним органам, так как диафрагма при своей физиологичной экскурсии массирует их, стимулирует перистальтическую волну и активирует энтеральный мозг.

1.9. Ощущение, чувство или эмоция?

Как вы чувствуете влюбленность? Это «бабочки в животе». Как вы чувствуете страх? «Кишка тонка». Чем вы предчувствуете результат важного для вас события? «Нутром чую». Боль, отвращение, отторжение, гнев, страсть, наслаждение, сексуальное желание, время — все эти чувства рождаются в животе.

Чувство — это способность понимать на основе ощущений. Следовательно, чувство — это ощущение, обработанное мозгом. Физиологической основой ощущений является нервный процесс, возникающий при действии раздражителя на адекватный ему анализатор. Впервые этот термин ввел выдающийся русский физиолог И.П. Павлов. «Ощущение же — это первое звено в познании внешнего и внутреннего мира человеком». Рассмотрим подробнее, что такое ощущения на основе их классификации.

1.9.1. Классификация чувств и эмоций

1.9.1.1. По Аристотелю

Аристотель (384—322 до н.э.), древнегреческий философ, классифицировал ощущения, основываясь на органах чувств: зрение, слух, осязание, обоняние и вкус. «Ощущения — страдательное (производное от внешнего) состояние, они не могут существовать без внешнего воздействия». «Ощущение есть восприятие чувственных форм материи, оно запечатлевает предметы, имеющие цвет, вкус, но не как отдельные вещи, а как нечто, имеющее качество» [131]. Ощущение — это предпосылка к познанию. По Аристотелю, существа, не имеющие ощущений, ничему не научатся и ничего не поймут.

1.9.1.2. По Э. Веберу

Немецкий физиолог и психофизик Эрнст Вебер (1795—1878) расширил аристотелевскую классификацию, предложив разделить осязание на:

- чувство прикосновения;
- чувство веса;
- температурное чувство.

Кроме того, он выделил особую группу «общих ощущений»:

- чувство боли;
- чувство равновесия;
- чувство движений;
- чувство внутренних органов [138].

Но трактовка Вебера классифицирует чувства, а не ощущения.

1.9.1.3. По И.П. Павлову

Классификация ощущений выдающегося русского физиолога Ивана Петровича Павлова опирается на физико-химические характеристики раздражителей. Для определения качества каждого из анализаторов он использовал физико-химические характеристики сигнала. Отсюда наименования анализаторов и соответствующих им ощущений:

- световые;
- звуковые;
- кожно-механические;
- запаховые и т.д.,

а не зрительный, слуховой и т.п., как обычно классифицировались рецепторные органы и соответствующие им ощущения [138].

1.9.1.4. По В. Вундту

Вильгельм Вундт, немецкий врач, физиолог и психолог, группировал ощущения в зависимости от свойств, вызывающих их раздражителей, среди которых он выделял механические, физические и химические свойства (например, зрительные и слуховые ощущения относятся к разряду «физических», поскольку вызываются физическими явлениями — электромагнитными колебаниями и звуковыми волнами; обоняние и вкус — «химические» ощущения и т.д.). Этот вариант классификации не получил широкого распространения [27].

1.9.1.5. По А.А. Ухтомскому

Ухтомский Алексей Алексеевич, русский и советский физиолог, видел ощущения в разделении на 2 группы: высшие и низшие. К высшим относились те виды ощущений, которые дают наиболее тонкий разнообраз-

ный, дифференцированный анализ, например, зрительные, слуховые. К низшим — виды ощущений, которые характеризуются более грубой, менее дифференцированной чувствительностью (болевая, тактильная).

1.9.1.6. По Г. Геду

Генри Гед, английский невролог и нейропсихолог, делил ощущения по их происхождению:

Протопатическая чувствительность, более ранняя по происхождению и примитивная, тесно связана с эмоциями, далека от мышления, она менее дифференцированная и локализованная. Относящиеся к ней ощущения трудно разделять на категории и обозначать словами, описывать.

Эпикритическая чувствительность выше по уровню, возникает позже и обладает, по сути, противоположными характеристиками: связь с мышлением, отдаленность от эмоциональных состояний, большая дифференцированность, категориальные названия для ощущений (красный, синий цвет, а не «запах мяты» или «запах сосны»), четкая локализация.

В работе едва ли не каждого органа чувств есть элементы как протопатической, так и эпикритической чувствительности, хотя их соотношение неодинаково.

1.9.1.7. По Чарльзу Шеррингтону

Чарльз Скотт Шеррингтон, британский ученый в области физиологии и нейробиологии, лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине, выделил три основных класса ощущений, основываясь на локализации (по месту расположения) рецепторов:

Экстероцептивные ощущения, источником которых являются рецепторы, расположенные на поверхности тела. Они дают образы внешнего мира.

Интероцептивные ощущения. Рецепторы находятся во внутренних органах. Они сигнализируют о состоянии внутренних процессов организма (ощущения голода, жажды, боли и т.п.).

Проприоцептивные ощущения. Рецепторы расположены в мышцах, связках и сухожилиях. Проприоцептивные ощущения играют важнейшую роль в регуляции движений, а также дают информацию о положении в пространстве тела и его частей.

Шеррингтон разделил экстероцептивные ощущения на контактные и дистантные. Первые вызываются приложением воздействия непосредственно к поверхности тела, а вторые возникают, когда раздражитель действует с некоторой дистанции (обоняние, слух, зрение). Его классификация ощущений в настоящее время является общепринятой.

Как видно из определений и классификаций, многие ученые не разделяют ощущения и чувства. Называют ощущения чувствами и классифицируют, опираясь на орган или рецептор, их распознающий. Свет, цвет, звук, прикосновение и т.д. распознаются определенными органами, и для них есть конкретные рецепторы. А каким органом воспринимается страх, любовь или время.

1.9.1.8. Мнение Г. Гурджиева

По мнению Гурджиева: «Те состояния, которые по своей природе связаны с двигательным центром, следует называть ощущениями, а те, чья природа связана с эмоциональными элементами, с эмоциональным центром, — чувствами» [38].

1.9.1.9. Определение чувства и эмоции А.А. Ключевой

Автор видит свое определение ощущения и чувства. **Чувство** — это информация, полученная индивидом через органы чувств и обработанная головным мозгом, то, что воспринимается телом. **Ощущение** (глагол) — это процесс принятия индивидом информации без органов чувств: глаза, уши, нос, тактильные рецепторы, рецепторы вкуса. Как существительное: **Ощущение** — это информация зафиксированная индивидом вне органов чувств (глаза, уши, нос, тактильные рецепторы, рецепторы вкуса), информация, принятая не телом, а телесностью. Ощущение называют шестым чувством, в разных контекстах интерпретируется как телепатия, ясновидение, интуиция. Вероятнее всего, шестое чувство — ощущение не может занять свое достойное место в физиологии и в психологии из-за отсутствия органа, его воспринимающего. Но если предположить, что оно принимается телесностью? Ответ на этот вопрос рассмотрим в разделе 1.14.

Принимая в расчет определения Гурджиева, попытаемся рассмотреть, где может располагаться эмоциональный центр.

1.10. Энтеральный мозг

Живот — это почва, в которой зреют мысли.

Антуан Ривароль

Наше тело давно все само определило. Если у труса кишка тонка, если бабочки в животе летают, так, может, ощущения воспринимаются тем, что таится в животе. Существует мнение, что разумное «Я» находится в животе и пребывает в резонансе с мгновениями и ситуациями в нашей жизни. Мысль о животном мозге впервые пришла английскому физиологу и гистологу Джону Ньюпорт Ленгли. Изучая вегетативную нервную систему, Ньюпорт решил посчитать количество нервных клеток в желудке и в кишечнике. Их оказалось более 200 миллионов. Это гораздо больше, чем в спинном мозге. Ньюпорт тогда предположил — такое количество нейронов способны воспринимать и передавать различные сигналы и импульсы. Это похоже на мозг только не в виде полушарий, а расположенный в брюшине.

О том, что ганглии вегетативной нервной системы являются вынесенными на периферию рефлекторными центрами, подтверждают морфологические наблюдения Александра Станиславовича Догеля, русского гистолога и эмбриолога, который еще в конце XIX столетия описал в нервных сплетениях, находящихся в желудке и кишечнике, три типа нервных клеток, отличающихся по своей форме [85]. В последующем были получены экспериментальные данные о большом количестве «местных» периферических рефлексов, осуществляемых интрамуральными вегетативными ганглиями. Посредством таких рефлексов регулируется деятельность сердца, перистальтика кишечника, осуществляется взаимосвязь разных отделов желудка и некоторых других органов. Иван Андреевич Булыгин — советский и белорусский физиолог — в своих трудах писал, что периферические рефлексы осуществляются превертебральными ганглиями. Это доказано при отведении потенциалов действия от одних нервов, отходящих от солнечного сплетения, и раздражении других нервов. Однако рефлекторная функция, вероятно, осуществляется не всеми вегетативными ганглиями. Так, до сих пор не обнаружена такая деятельность в шейных симпатических ганглиях.

Живот — это место, где плод еще до рождения через пуповину связан с матерью. Именно здесь мы впервые ощутили потребности и их удов-

летворение, испытали любовь и страх. В области живота присутствует ощущение окружающей его бессознательности, атмосферы чего-то неизвестного, глубоко запрятанного — в том числе и наших самых ранних и старых травм — и особенно тех, что связаны со страхом.

1.10.1. Эволюция «энтерального» мозга

Нейрогастроэнтеролог Дэвид Уингейт из Лондонского университета считает, что «брюшной» мозг человека является наследником примитивной нервной системы трубчатых червей. В процессе эволюции эта система не исчезла окончательно. «Брюшной» мозг — это вовсе не атавизм. Он является важным органом для тех млекопитающих, у которых эмбрионы развиваются в материнской утробе. Возможно, благодаря именно брюшному мозгу поддерживается неразрывная связь между матерью и ребенком.

Пауль Энк, профессор нейрогастроэнтерологии из Тюбингенского университета, выступил с лекцией, на которой рассказал, что устройство мозга живота примерно такое же, как головного. Его можно представить в виде чулка, который охватывает пищевод и желудок с кишечником. По его словам, у людей с болезнями Альцгеймера и Паркинсона в желудке и кишечнике обнаружены повреждения тканей, аналогичные повреждениям в головном мозге. Именно по этой причине антидепрессанты вроде прозака имеют такое воздействие на желудок.

Физиолог из университета Калифорнии, Эмерен Майер, также провел изучение желудочно-кишечного тракта человека и сделал вывод, что «головной мозг ответственен за мысли, тогда как брюшной мозг — за эмоции. Действительно, каждый человек ощущал реакцию желудка во время страха или избыточной радости. Можно ли на основании этого приписать нашему животу наличие интеллекта? Пожалуй, нет. Однако способность к обучению и накоплению опыта у «второго мозга», безусловно, есть».

1.11. Второй мозг. Теория Майкла Гершона

Майкл Гершон, профессор Университета Колумбии, сегодня является главным исследователем желудка и занимается изучением «второго мозга», который находится в животе. Будучи специалистом по клеточной биологии, он создал науку нейрогастроэнтерология и обрел известность благодаря своей книге «Второй мозг» [179].

Гершон начал свои исследования с изучения нейротрансмиттера — серотонина, который мог лежать в основе психических заболеваний, например шизофрении.

Взяв за основу предположение Ньюпорта Лэнгли, Гершон высказал гипотезу: «У человека имеется два глаза, две ноги и две руки, а значит, вполне вероятно, что и мозга у него тоже два». В академических кругах гипотезу восприняли как шутку. Гершон установил, что связь между головой и желудочно-кишечным трактом осуществляется посредством блуждающего нерва (вагуса). От вагуса в энтеросистему отходят нервные волокна, которые идут в головной мозг. В эпителиальных тканях кишечника находятся нервные клетки, способные при помощи нейротрансмиттеров взаимодействовать между собой, обмениваясь сигналами. Именно так работает головной мозг. Так как все пищеварительные процессы контролируются нервной системой кишечника, можно предположить, что во избежание перенапряжения головной мозг предоставил контроль за миллионами нервных клеток брюшному мозгу. То есть Майкл Гершон опроверг мнение о том, «что мозг оппозиционирует телу, доказывая, что оба мозга являются автономными единицами, которые находятся в постоянном взаимодействии».

В начальной стадии эмбриогенеза образуется нервная система, далее она делится на две части, одна становится головным мозгом и центральной нервной системой, из второй формируется желудочно-кишечный тракт и энтеральная нервная система. Как говорилось выше, обе системы автономны и связаны между собой вагусом. Так как энтеральная нервная система считалась примитивной, никто ее не изучал, но оказалось, что в ней находится более 200 миллионов нейронов, приблизительно столько же, сколько в спинном мозге.

Ранее считалось, что с помощью вагуса головной мозг управляет нервной энтеросистемой, но Гершон с коллегами установили, что почти все команды (около 90%) поступают от «второго мозга» в головной. Это говорит о том, что эмоциональный фон зависит от пищеварения, а не наоборот — эмоции человека синтезируются в голове.

Пословица «путь к сердцу мужчины лежит через желудок» не прямую, но намекает на то, что желудок в плане эмоций играет главную роль. Возможно, из-за того, что наш желудок управляет эмоциональным фоном, люди в большинстве своем переедают и страдают от ожирения.

Исследования Майкла Гершона не подтверждают напрямую гипотезу о «втором мозге», но отрицать и не замечать следующие факты уже нельзя:

- Как и в головном мозге, в желудочно-кишечном тракте содержится глия — та самая глиальная ткань, которая отвечает за передачу импульсов между нейронами мозга. А это дает человечеству надежду, что в скором времени ученые подтвердят возможность замены глиальных клеток от одного мозга другому в случае повреждения органа.
- «Второй мозг» обладает точно таким же набором нейротрансмиттеров, какой содержится в черепной коробке. То есть здесь также присутствует глутамат и дофамин, серотонин и другие медиаторы. К тому же в желудке человека содержатся нейропептиды, аналогичные тем, которые содержатся в головном мозге.
- В организме имеется не так уж мало систем, которые работают автономно. Однако лишь две из них обладают нейронными клетками и способностью обмениваться нервными импульсами, это головной мозг и «второй мозг».
- В желудочно-кишечном тракте людей, страдающих от болезни Альцгеймера или того же синдрома Паркинсона, обнаружены повреждения, которые встречаются и в оболочках мозга. А если добавить к этому, что прием антидепрессантов не только расслабляет мозг, но и благотворно влияет на процессы желудка, становится понятно, что оба органа родственные.
- Как в черепной коробке человека, так и в его кишечнике содержатся клетки, отвечающие за укрепление иммунитета и защиту этих органов от вирусных атак и прочих недугов.

Существует мнение, что желудок («второй мозг»), как и головной мозг регулярно находится в состоянии сна, и проявляется такой сон мышечным сокращением.

Гершон считает, что «второй мозг» отвечает не только за эмоции (интуицию, страх, удовольствие), но и за работу большинства органов. Возможно, такая связь является объяснением боли в желудке при сбое работы сердца.

По словам Майкла Гершона, углубленное изучение данного феномена даст ученым возможность управлять процессами во «втором мозге» и позволит найти другие решения и способы лечения разных заболеваний [72].

1.12. Энтерогуморальная регуляция

Гуморальная регуляция — один из эволюционно ранних механизмов регуляции процессов жизнедеятельности в организме, осуществляемый через жидкие среды организма (кровь, лимфу, тканевую жидкость, слюну) с помощью гормонов, выделяемых клетками, органами, тканями.

1.12.1. Исследования А.М. Уголева

Эволюция пищеварительной функции, пристеночное пищеварение и механизмы самопереваривания впервые были описаны Уголевым Александром Михайловичем, советским ученым, специалистом в области физиологии, вегетативных функций и их регуляции. Его работа «Пристеночное (контактное) мембранное пищеварение» была признана как научное открытие и внесена в Государственный реестр открытий СССР под № 15 с приоритетом от декабря 1958 г. По результатам опытов Уголев обнаружил, что сырая лягушка переваривается быстрее (и без остатков), чем термически обработанная (вареная). Данный опыт поверхностно описан в книге «Теория адекватного питания и трофология» [141]. В этом же труде в 6-й главе «Кишечная гормональная система и трофика организма», А.М. Уголев рассматривает желудочно-кишечный тракт как орган эндокринной системы: «Сейчас общеизвестно, что желудочно-кишечный тракт является не только системой, где осуществляются основные процессы ассимиляции пищи (полостное и мембранное пищеварение, а также всасывание), но и органом внутренней секреции...». Уголев отмечает, что в желудочно-кишечном тракте присутствуют клетки, не только реализующие переваривание и всасывание пищи, но и синтезирующие и выделяющие гормоны, их насчитывается более 10 типов. В общей массе количество таких клеток приблизительно столько же, сколько в остальных эндокринных железах организма. Гормональную систему пищеварения можно назвать мультифункциональной, так как эндокринные клетки, каждая из которых может продуцировать один и более гормонов, вырабатывают около 30 гормонов, характерных по своей структуре и функциям гормонов щитовидной железы, гипофиза, гипоталамуса и так далее. Эти гормоны и гормоноподобные вещества контролируют различные функции как желудочно-кишечного тракта, так и других органов и систем организма (табл. 1).

(Типы эндокринных клеток желудочно-кишечного тракта, их морфология и продуцируемые гормоны освещены в недавних обзорах: Cooke, 1987; Solcia et al., 1987.) Данная тема освещена в ряде фундаментальных обзоров (Grossman, 1950; Endocrinology..., 1974; Уголев, 1978, 1985, 1987a; The endorphins, 1978; Scientific basis..., 1979; Gastrointestinal hormones, 1980; Вайсфельд, Кассиль, 1981; Gut hormones, 1981; Желудочно-кишечные гормоны..., 1981; Ашмарин, 1982[8]; Brain neurotransmitters..., 1982; Смагин и др., 1983; Конышев, 1985; Nicholl et al., 1985; Климов, 1986; Holst, 1986; Cooke, 1987; Gut regulatory peptides..., 1987; Solcia et al., 1987; Walsh, 1987; Yamada, 1987; Геллер, 1988 и др.). Открытие и результаты исследований кишечной гормональной системы — несомненно одно из ярких достижений современных гастроэнтерологии и эндокринологии. Ниже приведена таблица «Типы эндокринных клеток, их распределение в тонкой кишке и продуцируемые гормоны».

Таблица 1

Типы эндокринных клеток, их распределение в тонкой кишке и продуцируемые гормоны (по: Cooke, 1987)

Тип клетки	Гормон	Отдел тонкой кишки
S	Секретин	Двенадцатиперстная и тощая кишка
I	Холецистокинин	Двенадцатиперстная и тощая кишка
G	Гастрин	Двенадцатиперстная кишка
K	ГИП	Двенадцатиперстная и тощая кишка
МО	Мотилин	Двенадцатиперстная и тощая кишка
L	Глюкагон / глицентин	Двенадцатиперстная, тощая и подвздошная кишка
D	Соматостатин	Двенадцатиперстная, тощая и подвздошная кишка
N	Нейротензин	Подвздошная кишка
ЕС	Серотонин	Двенадцатиперстная, тощая и подвздошная кишка
ЕС1	Субстанция Р	Подвздошная кишка
-	Энкефалин- β -липотропин	Двенадцатиперстная и тощая кишка
?	Про- γ -меланоцитстимулирующий гормон	Подвздошная кишка
?	Пептид JJ	Подвздошная кишка

А.М. Уголев подчеркивает, что «Открытие дуоденально-панкреатической реакции на кислоту в том виде, в каком оно сделано И.П. Павловым совместно с И.Л. Долинским (1894), Л.Б. Попельским (1896) и другими его сотрудниками в самом конце XIX в., способствовало развитию представлений о химических рефлексах. Обнаружение в начале XX в. “безнервного” механизма регуляции деятельности поджелудочной железы привело к открытию нового класса физиологически активных соединений — гормонов (Bayliss, Starling, 1902). Еще в 1960 г. гормоны желудочно-кишечного тракта рассматривались, скорее, как гормоноподобные соединения с местной регуляторной функцией (Уголев, 1960а). Число известных гормонов было в то время невелико. Это, в частности, были секретин, гастрин, холецистокинин, энтерокинин, субстанция Р и несколько других. Однако в том же году нами (Уголев, 1960а, 1960б) были опубликованы первые сообщения о том, что гормоны пищеварительного тракта контролируют не только функции пищеварительной системы, но и других жизненно важных систем организма, включая гипоталамус, который принято рассматривать как нейроэндокринный регулятор вегетативных функций и метаболизма (обзоры: Уголев, 1978, 1985)».

А.М. Уголев с коллегами экспериментально доказывает и показывает, что «...обнаружен ряд фактов, которые позволили считать, что регуляторные эффекты кишечных гормонов выходят далеко за пределы пищеварительной системы...».

В заключительной части главы А.М. Уголев пишет: «Следует думать, что кишечные гормоны оказывают постоянное влияние на процессы, протекающие в организме, подобно тому как постоянно сказываются влияния кортикоидов, катехоламинов и др. В отношении кишечной гормональной системы, как, впрочем, и в отношении других гормональных систем, возникает вопрос об их специализации, т.е. о тех функциях, где их контроль играет особенно важную роль. Результаты наших исследований позволили прийти к выводу, что кишечные гормоны, и в особенности дуоденальные, контролируют основные этапы процессов ассимиляции, включая потребление пищи, ее переработку и всасывание, перераспределение и трансформацию, имеющие место после всасывания, собственную трофику тканей, аппетит, специфическое динамическое действие пищи, защитные процессы, в частности пищевой лейкоцитоз, и т.д. ...Судя по эффектам, вызы-

ваемым дуоденэктомией, гормоны двенадцатиперстной кишки жизненно необходимы для функционирования организма в целом. Так, кроме пищеварительных эффектов с помощью этих гормонов контролируются важные стороны метаболизма, или во всяком случае без них невозможно его нормальное протекание. Введенное нами первоначальное обозначение двенадцатиперстной кишки как “гипофиза брюшной полости” вскоре перестало отражать истинную роль этого органа в жизнедеятельности организма. В настоящее время по богатству и разнообразию эффектов двенадцатиперстная кишка как нейроэндокринный орган по своему значению в ряде случаев напоминает гипоталамус и гипофиз и может быть более адекватно охарактеризована как “гипоталамо-гипофизарная система брюшной полости” (в связи с объемом и важностью нервных и нейросекреторных компонентов). Кроме того, предлагаемый термин передает важность энтероэндокринных осей, в том числе энтеронейрональной, в частности энтерогипоталамической. При этом гипоталамотропные эффекты означают контроль над эмоциональной и мотивационной сторонами пищевого поведения. ...В настоящее время еще трудно решить вопрос, как далеко простирается аналогия между желудочно-кишечным трактом и гипоталамо-гипофизарной системой. ...Таким образом, в настоящее время можно утверждать, что клетки желудочно-кишечного тракта продуцируют сходные или идентичные гипоталамо-гипофизарным гормонам АКТГ и тиреотропный гормон. Следовательно, гипоталамо-гипофизарные факторы оказались гормонами желудочно-кишечного тракта. С другой стороны, те гормоны, которые прежде казались по происхождению исключительно желудочно-кишечными, затем были обнаружены в нервных структурах и некоторых других тканях организма...».

Вопросами энтерогуморальной регуляции занималось большое количество ученых: Я.Б. Скворцова, А.Л. Поленов [124]; А.В. Асатиани, А.Н. Бакурадзе [6]; В.И. Вернадский [25]; М.Л. Вайсфельд, Г.Н. Касиль [20]; М. Гроссман [51]; С.А. Булгаков, Г.М. Рощина, А.И. Бобков [18]; И.П. Ашмарин [8]; Я.М. Вахрушев, И.А. Лабушева [22]; В.Г. Смагин, В.А. Виноградов, С.А. Булгаков [129]; Я.М. Вахрушев, В.В. Трусов, А.М. Уголев [23]; В.В. Трусов [69]; Л.И. Геллер [31]; И.А. Замбрицкий [55].

1.13. Гипоталамо-гипофизарная и энтерогуморальная системы

Сегодня студентам медицинских вузов гипоталамо-гипофизарную систему предлагают в следующей интерпретации (рис. 3): гипоталамус и гипофиз в своей деятельности тесно между собой связаны, образуя единую гипоталамо-гипофизарную систему. Контроль гипоталамуса над внутренними органами возможен благодаря тому, что он регулирует функции гипофиза — главной железы внутренней секреции, которая управляет деятельностью всех остальных желез внутренней секреции: щитовидной, поджелудочной, половых, надпочечников. В работе гипоталамо-гипофизарной системы заложен принцип обратной связи.

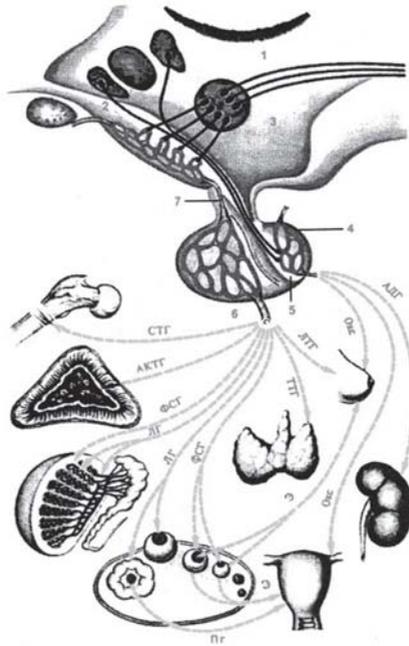


Рис. 3. Схема взаимовлияний органов гипоталамо-гипофизарной системы: 1 — гипоталамус (темным цветом выделены ядра); 2 — первичная капиллярная сеть; 3 — таламус; 4 — задняя доля гипофиза; 5 — промежуточная (средняя) доля гипофиза; 6 — передняя доля гипофиза со вторичной капиллярной сетью; 7 — портальная (воротная) вена гипофиза

Гипоталамус улавливает отклонение от необходимого в данный момент уровня выработки гормонов внутренней секреции (слишком мало или слишком много) и тормозит или возбуждает соответствующую железу через гипофиз. Воздействия гипоталамуса осуществляются двумя путями. Вырабатываемые им нейрогормоны по специальным капиллярам попадают прямо в переднюю долю гипофиза, а воздействие на его заднюю долю осуществляется по специальным нервным волокнам.

Как может работать гипоталамо-гипофизарная система с учетом новых вводимых? А.М. Уголев делает следующее заключение: «В настоящее время трудно построить достаточно стройную схему взаимоотношений местных (локальных) и общих эффектов кишечной гормональной системы. Вероятнее всего, локальные эффекты могут сопровождаться некоторыми общими эффектами, проявляющимися в норме и при патологии. С другой стороны, первоначально не пищеварительные эффекты кишечных гормонов могут вторично (например, через гипоталамус)

отражаться на функциях желудочно-кишечного тракта (рис. 4)».

Опираясь на определение гуморальной регуляции, данной в начале этого раздела, и здесь же изложенный материал, автор предлагает ввести в физиологию (эндокринологию) новый термин «**энтерогуморальная регуляция**» — механизм регуляции процессов жизнедеятельности в организме, осуществляемый через жидкие среды организма (кровь, лимфу, тканевую жидкость, слюну) с помощью гормонов, выделяемых клетками, органами и тканями желудочно-кишечного тракта.

На сегодняшний день эта система имеет сложное название — гастроэнтеропанкреатическая (ГЭП) система. Гастроэнтеропанкреатическая эндокринная система — отдел эндокринной системы, представленный рассеянными в различных органах пищевари-

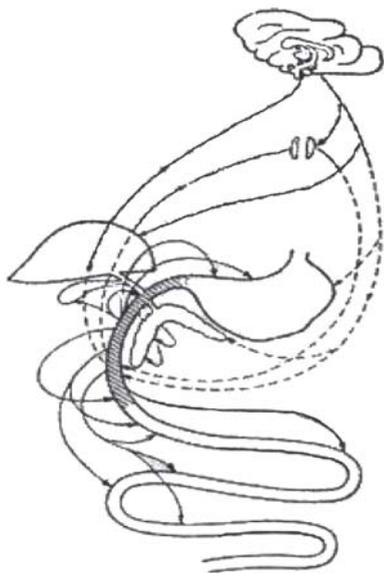


Рис. 4. Локальные (непрерывные стрелки) и общие (прерывистые стрелки) эффекты кишечных гормонов (по: Уголев, 1978)

ной системы эндокринными клетками (апудоцитами) и пептидергическими нейронами, продуцирующими пептидные гормоны. Является наиболее изученной частью диффузной эндокринной системы (синоним *АПУД-система*) и включает примерно половину ее клеток. Гастроэнтеропанкреатическую эндокринную систему называют «самым большим и сложным эндокринным органом в организме человека» [93]. Однако весь набор регуляторов, синтезируемых ГЭП-системой, секретируется также и нейронами головного мозга (хотя значение этого синтеза остается пока мало понятным). Это доказывает, что энтерогуморальная и гипоталамо-гипофизарная системы, находясь в непрерывной связи друг с другом, являются взаимодополняемыми и взаимозаменяемыми и представляют собой единую часть мощной саморегулирующейся системы — человек. Являясь органом эндокринной системы, желудочно-кишечный тракт оказывает влияние на эмоциональный фон.

1.14. Эмоции. Теории

«Отрицательные эмоции — это психологическая простуда, которая может окончиться повышением чувствительности или иммунитетом к соответствующему раздражителю. Все зависит от того, как будешь вести себя во время болезни», — М. Литвак.

Что такое эмоция? На протяжении всего существования психологии эмоций ученые так и не пришли к четкому пониманию и определению, что такое эмоции и какова их природа. Есть мнение, что эмоции — сугубо физиологический процесс, другая точка зрения утверждает, что эмоции — это раздел, изучаемый психологией.

Обсуждая вопрос о значении эмоций для существования животных и человека, П.В. Симонов пишет: «Трудно допустить, чтобы их (эмоций) наличие было биологически бессмысленным, хотя определить значение эмоций в приспособительном поведении живых существ гораздо труднее, чем может показаться на первый взгляд. Внесению ясности в этот действительно трудный и спорный вопрос немало мешает существующая терминологическая неразбериха. Многие авторы склонны отождествлять эмоции с разнообразными потребностями живых организмов. Менее всего повезло термину “мотивация” (влечение, побуждение, желание). Этот термин совершенно произвольно употребля-

ется то как синоним потребности, то как слово, почти совпадающее с понятием “эмоция”. Особенно запутана эта проблема в физиологии, хотя, казалось бы, именно физиологи должны строго и последовательно классифицировать изучаемые явления. С точки зрения некоторых физиологов, “эмоция”, “инстинкт”, “безусловный (врожденный) рефлекс” — практически совпадающие понятия. Все ясно и просто: пищевой рефлекс — пищевая эмоция, голод. Оборонительный рефлекс — оборонительная эмоция, агрессия, страх, ярость. Половой рефлекс — половое влечение... К сожалению, вся эта схема далека от действительности и крайне непродуктивна в теоретическом отношении. ...Несостоятельность попыток отождествить понятие эмоции с потребностью или безусловным рефлексом обнаруживается особенно отчетливо в том несомненном факте, что одна и та же потребность способна вызвать самые различные эмоции. Возьмем человека, испытывающего жажду — острую потребность в восстановлении водно-солевого обмена. Он может прийти в отчаяние, обнаружив, что бак для пресной воды дал течь и оказался пустым. Сообщение о том, что недалеко находится колодец, вызывает у томимого жаждой путника величайшую радость, а попытки не подпустить его к колодцу — гнев. Эти примеры показывают, что так называемых эмоций голода, жажды, полового влечения просто-напросто не существует. Существует потребность в пище, воде, сексуальном удовлетворении, температурном комфорте, устранении болевого воздействия. В разных условиях эти потребности порождают разнообразные эмоции, имеющие огромное приспособительное значение.

С развиваемой точки зрения не существует и эмоции любви в ее человеческом смысле. Любовь — это разновидность потребности, потребности очень сложной, сформированной влияниями социальной среды, этикой и мировоззрением данного общества. В зависимости от обстоятельств любовь порождает эмоции радости, восторга, благодарности, обиды, печали, негодования. Но любовь неправомерно относить к ряду эмоций.

О наличии или отсутствии эмоции нельзя судить по многим объективным показателям, которые обычно используются при изучении безусловных и условных рефлексов. Классический индикатор врожденных и условных пищевых рефлексов — секреция слюны — свидетельствует только о наличии пищевой потребности, так как мы уже выяснили, что

“пищевой эмоции” в природе нет. Пищевое слюноотделение — скорее косвенный показатель эмоций, связанных с другими потребностями, например, с половым влечением или защитой от вредных воздействий. Возникновение этих эмоциональных состояний, как правило, сопровождается торможением пищевого слюноотделения. Таким образом, будучи тесно связаны с приспособительным поведением, эмоции не совпадают с ним. Всякая попытка выяснить значение эмоций должна ориентироваться на раскрытие природы тех отношений, которые существуют между эмоциями и целенаправленной двигательной активностью живых систем. Эмоция возникает где-то между потребностью и действиями для ее удовлетворения. Если мы ответим на вопрос: почему потребность не может прямо перейти в целенаправленное действие, а затем — в удовлетворение потребности, точнее, почему этот, минующий эмоцию ход событий наблюдается не всегда, мы определим роль эмоций в приспособительном поведении животных и человека. Для этого необходимо рассмотреть вопрос о потребностях и действиях, способных привести к их удовлетворению» [126, с. 8—9].

К. Изард в своей книге «Психология эмоций» дает четкие определения мотивации, инстинкту и рефлексу. Опираясь на труды коллег (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978; Shiller, Izard, Hembree, 1986, Bowlby, 1969; Spitz, 1965), полагает, что человеческие эмоции возникли для закрепления взаимной привязанности матери и ребенка. «По мере эволюции наших предков период взросления и обучения молодых особей становился все более длительным — им требовался все больший и больший срок, чтобы научиться добывать пищу, заботиться о себе. Для того чтобы ребенок выжил, между ним и человеком, заботившимся о нем (обычно это мать), должна была возникнуть тесная взаимная привязанность. Мы не знаем, каким образом она возникла и как трансформировалась в ходе эволюции, но, основываясь на данных современных исследований, можно с уверенностью утверждать, что цементирующим фактором взаимной привязанности матери и ребенка являются эмоции» [56].

Б.И. Додонов пишет: «Термины, обозначающие психические явления, обычно называемые эмоциями или чувствами, к сожалению, не имеют строгого значения, и среди психологов до сих пор идут дискуссии на тему “что значит что”. Не вдаваясь в существо этих дискуссий, заметим только, что в данной работе употребляется, как правило,

слово “эмоция” в его наиболее широком значении. Слово же “чувство”, как и некоторые другие его синонимы, мы используем чисто контекстуально — главным образом для обозначения тех же эмоций или их комплексов.

Характеризуя эмоции в чисто феноменологическом, описательном плане, можно выделить такие их признаки: 1) представленность эмоций в сознании в форме непосредственных переживаний; 2) двойственный, психофизиологический характер этих явлений; с одной стороны — аффективное волнение, с другой — его органические проявления; 3) ярко выраженная субъективная окраска эмоций, присущее им качество особой “интимности» [43]. Опираясь на положение Э. Гельгорна и Дж. Луфборроу (1966) о динамическом равновесии парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, связанного с «положительными» эмоциями, и симпатического отдела вегетативной нервной системы, связанного с «отрицательными» эмоциями, Б.И. Додонов заключает, что «для организма важно не сохранение однообразно положительных эмоциональных состояний, а постоянный их динамизм в рамках определенной, оптимальной для данного индивида интенсивности» [43, с. 82].

Е.П. Ильин считает, для того чтобы объяснить суть эмоции, главное — задать правильный вопрос: «Говоря о роли эмоций в жизни человека, неправомерно ставить вопрос, для чего, с какой целью некто переживает эмоции, как это имеет место у Л.М. Аболина (1987). Такие вопросы правомерны в отношении сознательно ставящихся целей. Эмоции же возникают чаще всего непроизвольно. Поэтому по отношению к ним можно поставить только вопрос: “Какая польза или вред может быть человеку от возникновения той или иной эмоции (исходя из предназначенных им природой функций)?”

Отвечая на этот вопрос, следует учитывать, что положительная роль эмоций не связывается прямо с “положительными” эмоциями, а отрицательная роль — с “отрицательными”. Последние могут служить стимулом для самосовершенствования человека, а первые — явиться поводом для благодушия. Многое зависит от целеустремленности человека и условий его воспитания.

Мнения ученых о значении эмоций и выполняемых ими функциях расходятся. Однако несомненна главная функция эмоций — их участие в управлении поведением человека и животных» [57].

1.14.1. Центральные теории эмоций

На сегодняшний день существует несколько различных теорий эмоций. Центральные теории эмоций:

- Теория эмоций В. Вундта.
- Теория Джеймса—Ланге.
- Биологическая теория эмоций П.К. Анохина.
- Потребностно-информационная теория П.В. Симонова (1964).
- Теория активации эмоций (М.В. Arnold, 1950); (G. Lindsey, 1951) происходит из более старой таламической теории У. Кеннона и Ф. Барда.
- Двухкомпонентная теория С. Шехтера.
- Уровневая модель функционирования эмоций.
- Двухфакторная теория эмоций Шехтера и Сингера.
- Учение Б. Спинозы об аффектах.

1.14.1.1. Теория эмоций Спинозы Баруха

Одним из первых, кто попытался дать объяснения эмоциям (аффектам), был Спиноза Барух (Бенедикт) (1632—1677) — нидерландский философ — материалист — создал учение об аффектах. Под аффектами, Б. Спиноза понимал состояния тела, а также идеи этих состояний, которые увеличивают или уменьшают способность самого тела к действию.

Он полагал, что, осознавая воздействия внешних тел на его собственное тело, человек судит благоприятно или неблагоприятно внешнее воздействие для тела. Тело же стремится сохранить свое существование. Так как душа — это осознание состояний тела, она также стремится сохранить свое существование и сознает это свое стремление.

Спиноза описал ряд особенностей страстей. Некоторые аффекты таковы, что человек не может изменить их. Иногда аффекты столь сильны, что преследуют человека, сковывая его другие силы. Аффект может быть изменен только более сильным аффектом. Отсюда выводится особенно важный принцип: стремясь направить людей к добру и отвратить от зла, нельзя прибегать только к «чистым» доводам разума. Но это не означает, что усилия разума в обуздании аффектов безнадежны.

1.14.1.2. Теория эмоционального реагирования И.П. Павлова

Эта теория признает в качестве основного механизма эмоций кору головного мозга и подкорковые образования. Эмоции рассматриваются как генетически обусловленные процессы, определяемые наиболее древней структурой мозга — лимбической системой и связанной с ней ретикулярной формацией и вегетативной нервной системой. перевозбуждение коры и подкорковых центров приводит к импульсивному неконтролируемому поведению человека, чрезмерное торможение — к депрессивному поведению. Ведущая роль в формировании эмоций признана за правым полушарием коры головного мозга. В гипоталамусе обнаружены центры агрессии, страдания, удовольствия, наслаждения. Органические изменения (биотоки мозга, электропроводность кожи, время реакции и др.) как следствие эмоциональных состояний могут быть объективно измерены аппаратурными средствами в виде электроэнцефалограммы, кожно-гальванической реакции и т.д.

1.14.1.3. Теория эмоций П.К. Анохина

П.К. Анохин рассматривает эмоции в виде продукта биологической эволюции как приспособительный аспект в жизни животных. При возникновении потребностей появляются отрицательные эмоции, играющие мобилизующую роль, способствуя тем самым более быстрому и оптимальному способу удовлетворения этих потребностей. Когда нужный результат достигнут и потребность удовлетворена, то появляются положительные эмоции. Такие положительные эмоции выступают конечным подкрепляющим фактором. Они закрепляются в памяти и в будущем участвуют в мотивационных процессах, влияя на выбор способа, которым потребность будет удовлетворена. В случае несовпадения результата и намеченной цели появляется эмоциональное беспокойство, которое ведет к поиску более удачных способов достижения желаемой цели. Частое удовлетворение потребностей, имеющее положительно-эмоциональную окраску, ведет к успешному обучению определенной деятельности. Если же имеют место повторные неудачи, то это способствует торможению неэффективной деятельности и толкает на поиски новых, приносящих успех целей.

1.14.1.4. Теория дифференциальных эмоций Сильвана Томкинса

В своей теории американский психолог Сильван Соломон Томкинс рассматривает специфику отдельных эмоциональных переживаний. Теория допускает существование десяти основных (фундаментальных) эмоций. Они имеют: 1) специфический нервный субстрат, 2) характерные нервно-мышечные комплексы, 3) отличное от других феноменологическое качество. Для различения эмоций необходим учет этих трех факторов. Фундаментальные эмоции, образуя устойчивые сочетания, приводят к образованию всевозможных аффективных комплексов типа тревожности, депрессии, любви и враждебности. В теории Томкинса шесть аффектов представляют собой биологическое наследие и имеются у животных. К ним относятся: интерес, радость, удивление, горе, гнев, страх. Остальные аффекты появляются эволюционно позже.

1.14.1.5. Когнитивно-физиологическая теория С. Шехтера

В этой теории эмоциогенными факторами считаются сознательные оценки, которые дает человек ситуации. Косвенным подтверждением этой теории является влияние словесных инструкций на переживания человека, а также дополнительной информации, меняющей у человека оценку возникшей ситуации. *«...Эмоциональные переживания зависят от того, как их переживают люди, находящиеся рядом. Это значит, что эмоциональные переживания передаются от человека к человеку. У человека, в отличие от животных, качество передаваемых переживаний зависит от личностного отношения к тому, кому он сопереживает».*

1.14.1.6. Когнитивно-оценочная теория эмоционального реагирования Л. Фестингера

В теории когнитивного диссонанса Л. Фестингера основным понятием является диссонанс. Диссонанс — это отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуации, когда субъект располагает психологически противоречивой информацией об объекте. Согласно данной теории положительное эмоциональное переживание возникает у человека тогда, когда его ожидания подтверждаются, т.е. когда реальные резуль-

таты деятельности соответствуют намеченным, согласуются с ними. При этом возникшее позитивное эмоциональное состояние может быть охарактеризовано как консонанс. Отрицательные эмоции возникают в тех случаях, когда между ожидаемыми и действительными результатами деятельности имеется расхождение, или диссонанс.

1.14.1.7. Активизационная теория Линдсея—Хебба

Эта теория основывается на электрофизиологических исследованиях, которые показали, что эмоции есть не что иное, как изменение уровня активности нервной системы в ответ на какой-либо раздражитель. А за уровень этой активности отвечает ретикулярная формация. Поэтому ретикулярная формация определяет динамические параметры эмоциональных состояний: их силу, продолжительность, изменчивость и ряд других. Сами эмоции возникают в результате воздействия какого-либо раздражителя на организм. Д. Хебб экспериментальным путем исследовал зависимость между уровнем эмоционального возбуждения человека и успешностью его практической деятельности. Оказалось, что наивысший результат деятельности достигается при среднем оптимальном уровне эмоционального возбуждения. Этот оптимум зависит от особенностей выполняемой деятельности, от условий, индивидуальных особенностей человека и ряда других факторов.

1.14.1.8. Информационная теория эмоций П.В. Симонова

К разряду когнитивистских может быть отнесена и информационная концепция эмоций П.В. Симонова. В соответствии с этой теорией эмоциональные состояния определяются качеством и интенсивностью актуальной потребности индивида и оценкой, которую он дает вероятности ее удовлетворения. Оценку этой вероятности человек производит на основе врожденного и ранее приобретенного индивидуального опыта, произвольно сопоставляя информацию о средствах, времени, ресурсах, предположительно необходимых для удовлетворения потребности, с информацией, поступившей в данный момент. Так, например, эмоция страха развивается при недостатке сведений о средствах, необходимых для защиты. Если субъективная оценка вероятности удовлетворения потребности велика, проявляются положительные чувства. Отрицательные эмоции возникают, если субъект отрицательно оцени-

вает возможность удовлетворения потребности. Таким образом, сознавая или не сознавая это, человек постоянно сравнивает информацию о том, что требуется для удовлетворения потребности, с тем, чем он располагает, и в зависимости от результатов сравнения испытывает различные эмоции.

1.14.1.9. Трехмерная теория В. Вундта

Вильгельм Вундт, немецкий врач, физиолог и психолог, считал, что чувства бесконечно разнообразны и в языке нет достаточного количества терминов для их описания, но можно выделить три параметра, которые описывают чувства:

- 1) удовольствие — неудовольствие;
- 2) возбуждение — успокоение;
- 3) напряжение — разряжение.

Чувства отличаются различной выраженностью этих параметров. Например, возбуждение преобладает в гневе; удовольствие — в радости, неудовольствие — в печали, заботе, страхе.

Эта точка зрения была подвергнута критике. Было высказано сомнение в бесконечности количества чувств. Так американский психолог Эдвард Брэдфорд Титченер полагал, что существует всего два вида чувств — удовольствие и неудовольствие. По его мнению, Вундт смешивал два различных явления — чувства и чувствование. Чувствования представляют собой процесс, состоящий из ощущений и чувства удовольствия или неудовольствия. Видимость бесконечного количества чувств является следствием того, что они могут сопровождаться психическими комбинациями ощущений, образуя чувствования.

1.14.1.10. Теории эмоций Кеннона—Барда

Уолтер Кеннон и Филипп Бард обнаружили, что телесные проявления, сопровождающие различные эмоциональные состояния, весьма похожи друг на друга и их разнообразие не может объяснить качественные различия в высших эмоциях человека. Кроме того, было отмечено, что эмоции возникают и развиваются довольно быстро, а внутренние органы с изменением состояния, которых Джеймс и Ланге связывали с эмоциями, малочувствительны и медленно переходят в состояние возбуждения. Особенно сильным контраргументом был факт — при

искусственном блокировании органических сигналов в головной мозг эмоциональные переживания не исчезают. Суть теории состоит в следующем — вначале происходит восприятие эмоциональных стимулов, затем — переработка импульсов, поступающих в центральную нервную систему от рецепторов с одновременной передачей возбуждения в кору головного мозга и другие органы тела. В результате возникают два параллельных процесса:

- субъективное переживание эмоционального состояния;
- нервно-мышечная реакция организма на соответствующий стимул.

Положения У. Кеннона уточнил Ф. Бард, который показал, что и телесные изменения, и эмоциональные переживания возникают почти одновременно.

1.14.1.11. Эволюционная теория Ч. Дарвина

В соответствии с этой теорией эмоции появились в процессе эволюции живых существ как жизненно важный приспособительный механизм, который обеспечивает приспособление живых существ к условиям жизни. Страх придавал им дополнительную энергию, например, для спасения бегством от источника опасности. Телесные проявления эмоций Дарвин рассматривал как рудименты реальных приспособительных реакций.

1.14.1.12. Периферическая теория эмоций Джеймса—Ланге

Джеймс первым обратил внимание на широкие телесные изменения, сопровождающие чувства, Ланге — на те сосудодвигательные изменения, которыми они сопровождаются. Независимо друг от друга оба исследователя пришли к выводу, что обычное представление о чувствах является плодом глубокого заблуждения и в действительности эмоции протекают совершенно иным порядком. В психологии принято различать в чувстве три момента. Первый — восприятие какого-либо предмета или события или представление о нем — А, вызываемое этим чувством — В и телесные выражения этого чувства — С. Полный процесс протекания эмоции представляли себе в следующем порядке: АВС.

Если приглядеться внимательно ко всякому чувству, легко заметить, что оно всегда имеет свое телесное выражение. Сильные чувства как

бы написаны у нас на лице, и, взглянув на человека, мы без всяких объяснений можем понять, гневается он, испуган или благодушествует.

Все телесные изменения, сопровождающие чувство, легко распадаются на три группы. Прежде всего это группа мимических и пантомимических движений, особых сокращений мускулов, главным образом глаз, рта, скул, рук, корпуса. Это класс двигательных реакций-эмоций. Следующая группа соматические реакции, т.е. изменения деятельности некоторых органов, связанных с важнейшими жизненными функциями организма: дыхания, сердцебиения и кровообращения. Третья группа — это группа секреторных реакций, тех или иных секретов наружного и внутреннего порядка: пот, слезы, слюноотделение, внутренняя секреция половых желез и т.д. Из этих трех групп и складывается обычно телесное выражение всякого чувства.

Джеймс различает те же самые три момента во всяком чувстве, которые названы выше, но он выдвинул теорию, по которой порядок и последовательность этих моментов иные. Если обычная схема чувства устанавливает последовательность АВС, т.е. восприятие, чувство, мимика, то истинное положение дел, как полагает Джеймс, больше соответствует другой формуле — АСВ: восприятие — мимика — чувство.

Иными словами, Джеймс предполагает, «...что те или иные предметы обладают способностью непосредственно рефлекторным путем вызывать в нас телесные изменения и уже вторичным моментом восприятия этих изменений явится само по себе чувство. Встреча с разбойником рефлекторно, без последствия всякого чувства, вызывает в нас дрожь, сухость в горле, бледность, порывистое дыхание и прочие симптомы страха. Само же чувство страха есть не что иное, как совокупность вот этих изменений, сознаваемых организмом. Бояться — значит ощущать свою дрожь, бледность, свое сердцебиение и т.п.»

«Обычно говорят: мы плачем, потому что мы огорчены, мы бьем, оттого что мы раздражены, мы дрожим, потому что мы испуганы. Правильнее было бы сказать: мы огорчены, потому что мы плачем, мы раздражены, потому что мы бьем, мы испуганы, потому что мы дрожим» [45].

То, что прежде считалось причиной, является на самом деле следствием, и наоборот — следствие оказывается причиной.

Что это действительно так, можно убедиться из следующих рассуждений. Первое заключается в том, что, если мы искусственно вызовем

те или другие внешние выражения чувства, не замедлит явиться и само чувство. Попробуйте для опыта, как говорит Джеймс, встав утром, принять выражение меланхолии, говорите упавшим голосом, не поднимайте глаз, чаще вздыхайте, чуть-чуть изогните спину и шею, одним словом, придайте себе все признаки грусти — и к вечеру вами овладеет такая тоска, что вы не будете знать, куда деваться.

Еще убедительнее говорит в пользу того же обратная закономерность. Стоит только побороть телесные выражения эмоции, как немедленно исчезает и она сама. Если при страхе подавить дрожь, заставить ровно биться сердце, придать нормальное выражение лицу, то и само чувство страха исчезнет. Подавите выражение какой-нибудь страсти, и она умрет. Если мысленно отнять от эмоции все телесные изменения, легко увидеть, что ничего не останется от чувства. Отнимите у страха его симптомы — и вы перестанете бояться.

Все позволяет нам утверждать, что эмоция действительно является некоторой системой реакции, рефлекторно связанной с теми или иными раздражителями. Схема эмоций Джеймса всецело совпадает с той схемой поведения и сознательного опыта, из которой мы исходим все время. Чувство не возникает само по себе в нормальном состоянии. Ему всегда предшествует тот или иной раздражитель, та или иная причина, внешняя или внутренняя (А). То, что заставляет нас бояться или радоваться, и будет тем раздражителем, с которого начинается реакция. Затем следует ряд рефлекторных реакций, двигательных, соматических, секреторных (С). И наконец, круговая реакция, возврат собственных реакций в организм в качестве новых раздражителей, восприятие вторичного порядка проприорецептивного поля, которые представляют собой то, что прежде называлось самой эмоцией (В).

При этом легко понять субъективный характер чувства, т.е. то, что человек, испытывающий его, и человек, смотрящий на его внешние выражения, будут иметь совершенно разные представления о нем. Это происходит оттого, что оба наблюдателя фиксируют в данном случае два разных момента одного и того же процесса. Смотрящий извне фиксирует момент С, т.е. сами по себе эмоциональные реакции. Смотрящий изнутри — проприорецептивное раздражение, исходящее от тех же реакций, момент В, и здесь, как это выяснено выше, мы имеем совершенно другие нервные пути и, следовательно, разные процессы [28].

1.14.1.13. Теория мимической обратной связи

Теория мимической обратной связи — современный вариант периферической теории эмоций (Джеймса—Ланге теория эмоций), предложенный П. Экманом, Р. Левинсоном и В. Фризенем (P. Ekman, R. Levinson, W. Friesen, 1983) и Сильваном Томкинсом. Известно, что не только эмоции могут вызывать произвольную мимику, но и произвольная мимика инициирует появление эмоций, т.е. присутствует обратная связь. Человек, пытающийся изобразить эмоцию на своем лице и в своем поведении, начинает в той или иной степени на самом деле ее испытывать. На языке Томкинса эмоции — это в основном эмимические ответы. Он утверждал, что проприоцептивная обратная связь от выражений лица, трансформируясь в осознанную форму, создает ощущение или осознание эмоции. Поскольку нервы и мышцы лица значительно более тонко дифференцированы по сравнению с внутренними органами, выражения лица и их обратная связь являются значительно более быстрыми ответами, чем висцеральные, играющие вторичную роль в эмоции, обеспечивая лишь основу или аккомпанемент для отдельных выражений лица. Изард предположил, что мимические комплексы — это один из интегральных компонентов эмоции. Часть эмоции или эмоционального процесса кроется в выражении лица, но оно не образует эмоции.

В некоторых случаях обратная связь от отражения отдельной эмоции не достигает сознания, и не возникнет эмоциональное переживание. Процесс подавления может сам существовать как сильная эмоция. Так, эмоция интереса может поддерживать высокоинтенсивную деятельность, мешая конкурирующей эмоции достичь сознания. Иногда подавление ведет к появлению сильного побуждения. Поэтому человек ощущая сильный голод, может съесть то, что ранее было ему отвратительно (будет подавлена эмоция отвращения) [11].

1.14.1.14. Гипотеза автора

Как уже говорилось, учение об эмоциях представляет собой самую неразработанную главу в психологии. Этот аспект и процесс оказались труднее всего описать, классифицировать и связать какими-нибудь законами. Одни ученые в своих теориях описывают эмоции, обозначая их как чувства, кто-то не берет в рассмотрение эмоций телесную состав-

ляющую. И все теории основаны на проявлениях взрослого человека, но никто не рассматривал эмоцию, как врожденный инстинкт за исключением И.П. Павлова. Грудной ребенок может плакать, смеяться, пугаться, удивляться, но при этом у него нет никакого еще опыта в отношениях с внешним миром. Он не может идентифицировать внешние проявления (ощущения) и выдавать реакции (эмоции), приобретенные в процессе онтогенеза. Выходит, что эмоция — это не опытная реакция, а врожденная способность. О врожденности некоторых эмоций говорил в своей теории К. Изард «Некоторые эмоции, вследствие лежащих в их основе врожденных механизмов, организованы иерархически». Автор книги солидарен с теориями Кеннона—Барда и как следствие с периферической теорией эмоций Джеймса—Ланге и теорией мимической обратной связи. Опираясь на определение телесности (раздел 1.23) «Телесность же — нечто объединяющее между телом и душой, проводящая система, процесс отношений между душой и телом. Телесность (как способность души принимать внешнюю информацию) улавливает энергетические колебания и через тело выдает реакции души на раздражающие факторы», автор предполагает, что эмоции возникают в телесности, там же где и ощущения (раздел 1.9). Ни физиологи, ни психологи, ни философы так и не определились, какой орган принимает ощущения, каким образом обрабатывается информация и какой орган выдает эмоцию. Автор предполагает, что, возможно, за все, что не относится к сенсорному восприятию, отвечает телесность. Но и висцеральные восприятия тоже не относятся к сенсорным. Так, может быть, существует прямая связь между энтеральным мозгом, телесностью, ощущениями и эмоциями и все эти аспекты находятся вне сознания и действительно являются врожденной способностью? У автора книги существует предположение, что при изучении телесности, ощущений и эмоций исследователи упустили из вида эмоциональный фон плода (внутриутробное реагирование плода) и новорожденного ребенка. Но так или иначе ученые доказали, что эмоции имеют физиологическую основу.

1.15. Физиология эмоций

В психологии эмоции определяются как переживание человеком в данный момент своего отношения к чему-либо (в наличной или будущей ситуации, к другим людям, к самому себе и т.д.). Помимо этого узкого

понимания понятие «эмоция» используется и в широком смысле, когда под ней имеют в виду целостную эмоциональную реакцию личности, включающую не только психический компонент — переживание, но и специфические физиологические изменения в организме, сопутствующие этому переживанию [50]. Эмоции от латинского слова *moveo* — потрясать, волновать. Эмоции имеют физиологическую и даже морфологическую основу [134].

Физиологические основы эмоций изучали многие ученые: Gellhorn, 1960; Линдсли 1960; Bovard, 1961, 1962; Andersen, Eccles, 1962; Lacey, Kagan, Lacey, Moss, 1963; Джалиев, Лагутина, Фуфачева [44]; Янкелевич, 1965; Хаютин, 1967; Каримова, 1968; Козловская, Дашкевич, 1970; Вальдман [21]; Ливанова 1972; Hare, 1973; Фролов, Свиридов, 1974; Theorell, Blunk, Wolf, 1974; Nunu, Osselton, 1974; Punch, King, 1976; Дональд Б. Frost, Burish, Holmes, 1978; Русалова 1979 и др. Идея того, что эмоции являются реакциями нервной системы, мотивировала ученых проводить исследования по поиску локализации их в организме в двух направлениях: как эмоции воздействуют на сердце и в какой структуре (области) мозга те или иные эмоции вызывают раздражение и наоборот, какую эмоцию вызывает раздражение определенной структуры (области) мозга. На основе полученных результатов были созданы теории эмоций: подкорковая, корковая, периферическая, интегративная (корково-подкорковая). Плоды подобных экспериментов привели ученых к единому выводу. А.В. Вальдман пишет: «По существу попытки топографического представительства в головном мозгу “эмоций”, равно как и других психических функций, являются отголоском локационализма... Вопрос о “субстрате эмоций” в настоящее время может быть решен определенно только в отношении топографии интегративных центров зон эмоционально-выразительных проявлений» [21, с. 14]. Такой же точки зрения придерживается В.М. Смирнов: «...трудно назвать мозговые структуры, ответственные исключительно за эмоции... Поэтому мы вполне согласны с А.В. Вальдманом [1972], что нейрофизиологическое изучение эмоций и эмоционального поведения не должно быть направлено на поиск структурных элементов эмоций и что его следует базировать на системном принципе» [125, с. 166]. Похожую точку зрения высказывает Р. Айсааксон: «Не существует одиночных анатомических образований для одиночных поведенческих функций... не существует единых поведенческих функций, которые могли бы быть при-

урочены к анатомическим образованиям таким образом, чтобы эти функции оказывались полезными в любых обстоятельствах и при всех внешних условиях». [127].

В своей теории К. Изард определяет эмоции как сложный процесс, включающий нейрофизиологические, нервно-мышечные и чувственно-переживательные аспекты, вследствие чего он рассматривает эмоцию как систему. Некоторые эмоции, вследствие лежащих в их основе врожденных механизмов, организованы иерархически. Источниками эмоций являются нейронные и нервно-мышечные активаторы (гормоны и нейромедиаторы, наркотические препараты, изменения температуры крови мозга и последующие нейрохимические процессы), аффективные активаторы (боль, половое влечение, усталость, другая эмоция) и когнитивные активаторы (оценка, атрибуция, память, антиципация).

«Показано, что разные гормоны обуславливают различные эмоции. Так, дефицит норадреналина вызывает депрессию в виде тоски, а дефицит серотонина — депрессию, проявляющуюся в виде тревоги. Исследование мозга больных, покончивших с собой в состоянии депрессии, показало, что он обеднен как норадреналином, так и серотонином. Увеличение концентрации серотонина в мозге улучшает настроение» [42].

Соотношение между адреналином и норадреналином при разных отрицательных эмоциях изучали В.К. Мягер и А.И. Гошев [96]. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Соотношение между адреналином и норадреналином
при разных отрицательных эмоциях**

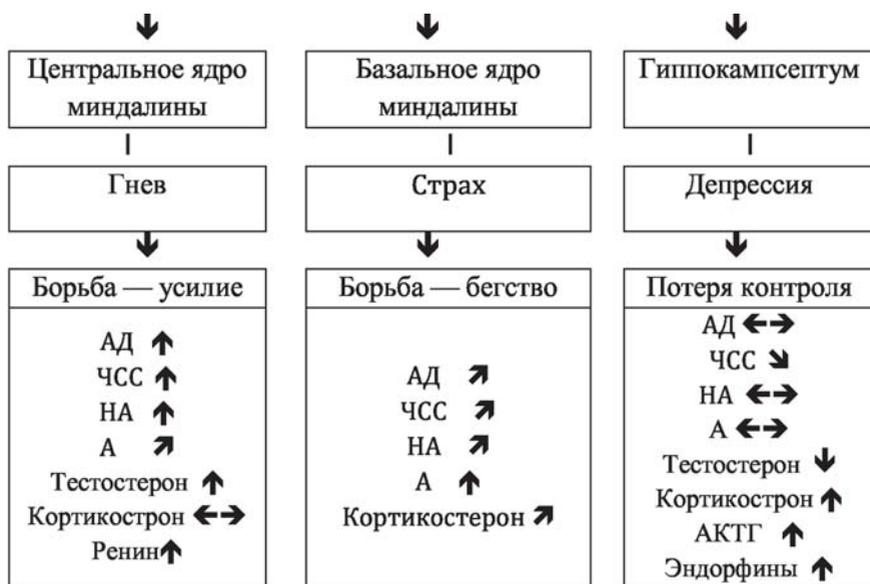
Эмоциональное состояние	Адреналин	Норадреналин
Тревога	Повышается	Повышается
Страх	Повышается	Понижается
Отчаяние	Понижается	Повышается
Плач	Понижается	Понижается

На гормональной регуляции основывает свою вегетативно-гуморальную теорию эмоций П. Генри [32].

Он объясняет происхождение положительных и отрицательных эмоций, выделяя две ортогональные системы активации, которые обуславливают возникновение двух тенденций: борьба / бегство — безмятежность и депрессия — приподнятое настроение. Генри считает, что каждая из трех отрицательных эмоций, которые им рассматриваются, имеет свой тип паттернов вегетативных реакций (табл. 3).

Таблица 3

Три типа паттернов вегетативных и гуморальных реакций, связанных с тремя отрицательными эмоциями



Гнев он связывает с возбуждением центрального ядра миндалины и увеличением содержания норадреналина и тестостерона. Для страха, возникающего при возбуждении базолатерального ядра миндалины, характерно преобладание выброса адреналина над норадреналином. Увеличивается, хотя и не намного, количество кортизола в крови, что свидетельствует об увеличении активности коры надпочечников. Депрессия, по Генри, связана с возбуждением системы «гипофиз — кора надпочечников» и характеризуется выбросом кортикостероида, адреноркортико-

тропного гормона (АКТГ), эндорфинов и снижением количества тестостерона.

По мнению Генри, для эмоций гнева и страха имеется единый противоположный полюс — положительная эмоция в виде переживания состояния безмятежности.

Оно сочетается со снижением активности коры надпочечников, следовательно, со снижением адреналина и норадреналина (табл. 4).

Таблица 4

Вегетативные и гуморальные паттерны состояний безмятежности и приподнятости



Противоположностью депрессии является состояние приподнятости. Ему соответствует снижение уровня АКТГ, кортизола и эндорфинов. Увеличивается содержание в крови половых гормонов (тестостерона — у мужчин, эстрогена и прогестерона — у женщин) [67].

Ганс Селье, основоположник современной концепции стресса одним из первых указал на связь между эмоциональным напряжением и болезнью. Он пришел к выводу, что страх, гнев и другие сильные чувства вызывают увеличение надпочечников за счет избыточного воздействия на них гормонов гипофиза. Иными словами, сильный стресс приводит к тому, что гипофиз постоянно выделяет излишние гормоны.

1.16. Гормоны и эмоции

1.16.1. Адреналин

Адреналин — гормон страха и тревоги (гормон стресса). Выделяется в ситуации опасности, стрессах и тревогах. Возрастает бдительность, внутренняя мобилизация, ощущение тревоги. Сильно бьется сердце, расширяются зрачки, происходит сужение сосудов брюшной полости, кожи и слизистых; в меньшей степени сужает сосуды скелетной мускулатуры, но расширяет сосуды головного мозга. Повышает свертываемость крови (на случай ран), готовит организм к долгому стрессу и повышенным физическим нагрузкам за счет мышц. Расслабляет кишечник, появляется тремор в руках и челюсти. Воздействие адреналина сходно с действием многих наркотиков. Когда уровень адреналина в крови повышается, человек чувствует себя на высоте. Если в организме циркулирует избыточное количество этого гормона, то человек ощущает прилив энергии, ему не хочется спать, все вокруг его вдохновляет. Многие люди, чья работа постоянно требует повышенной «боеготовности», становятся зависимыми от стресса — от постоянного притока адреналина. Управленцы, энергично взбирающиеся по карьерной лестнице, прокуроры и адвокаты, сражающиеся в залах суда, врачиреаниматологи, вытаскивающие с того света одного пациента за другим, — все они признают свою зависимость от адреналина.

Воздействие адреналина на организм многосторонне. Он способствует концентрации мышления, обостряет зрение. Под его влиянием напрягаются мышцы, готовясь «нападать или бежать». Адреналин повышает кровяное давление и увеличивает частоту сердечных сокращений, несмотря на то, что сосуды сужаются. Выброс адреналина приостанавливает пищеварение, так как кровь отливает от желудка и кишечника и притекает к мышцам.

Если стресс недолгий, то выброс адреналина, безусловно, приносит пользу. Например, на вас набросился злобный бульдог или подвыпивший хулиган. Ваш организм тут же среагирует на опасность выбросом адреналина и кортизола — гормона, который секретируется наружным слоем (корой) надпочечников, является регулятором углеводного обмена, а также принимает участие в развитии стресс-реакций. Но за мощным всплеском активности последует сильная усталость — телу

необходимо расслабиться. Многие люди знают, что после особенно страшных или яростных событий ощущаешь себя совершенно обес-силенным. Требуется передышка.

Острая реакция на кратковременный стресс — выброс адреналина и кортизола, мобилизация всех сил и ресурсов организма, за которой следуют усталость и расслабление, — не причиняет человеку вреда. Такая реакция может спасти вам жизнь, придав мужества в схватке со злобной собакой или дополнительную прыткость, если вы решили спастись бегством.

Если же стресс продолжительный, то избыточные гормоны будут поступать в организм практически постоянно. У человека, который годами живет в озлоблении на супруга или ребенка, постоянный приток адреналина может стать чрезмерным. Или у того, кто долго работает под началом свирепого босса или в системе, уничтожающей личность. Ощущение собственного ничтожества, страх и гнев — вот чувства, которые каждый день сопровождают несчастного. Такое долговременное эмоциональное напряжение приводит к постоянному выделению в кровь адреналина и кортизола, избыток которых оказывает разрушительное воздействие на весь организм.

Высокий уровень адреналина, не снижающийся в течение длительного времени, приводит к тому, что повышенное кровяное давление и учащенный пульс барорецепторами начинает восприниматься как норма. В свой очередь барорецепторы перестают давать сигналы для снижения артериального давления, человек становится гипертоником.

Избыток адреналина способствует увеличению содержания в крови триглицеридов (жирных кислот) и сахара. Кроме того, с течением времени повышается свертываемость крови, что ведет к образованию тромбов. Увеличивается нагрузка на щитовидную железу, организм вырабатывает больше холестерина.

1.16.2. Норадреналин

Норадреналин — гормон ненависти, ярости, злобы и вседозволенности. Предшественник адреналина, вырабатывается в тех же ситуациях, главное действие — увеличивается частота сердечных сокращений, сужаются сосуды, лицо краснеет. Короткая вспышка злобы (норадреналин), потом страх (адреналин). Зрачки и сосуды головного

мозга не расширяются. Животные по запаху определяют, выделяется адреналин или норадреналин. Если адреналин, они распознают слабака и преследуют его. Если норадреналин, распознают лидера и готовы подчиниться. Великий полководец Юлий Цезарь составлял лучшие воинские отряды только из тех солдат, которые при виде опасности краснели, а не бледнели.

1.16.3. Кортизол

Выброс адреналина в кровь сопровождается выделением еще одного гормона — кортизола. С течением времени избыточное содержание кортизола приводит к повышению уровня сахара и инсулина в крови. Содержание в крови триглицеридов тоже увеличивается и остается высоким. Длительное воздействие излишнего кортизола выражается в том, что человек начинает толстеть, особенно в средней части тела. Помимо этого наблюдается истощение костной ткани — она теряет кальций, магний и калий. Возникает риск развития остеопороза. В то же время организм сильнее удерживает натрий, что способствует повышению давления.

Радость бывает разной. Есть радость спокойная и светлая, дарящая нам прозрачное счастье, а есть радость буйная, безудержная, переполненная удовольствиями и эйфорией. Так вот, эти две разные радости делают два разных гормона. Безудержная радость и эйфория — это гормон дофамин. Радость светлая и спокойная — это гормон серотонин.

1.16.4. Дофамин

Дофамин — гормон безудержной радости, удовольствия и эйфории. Дофамин толкает на подвиги, безумства, открытия и свершения, высокий уровень этого гормона превращает человека в Дон Кихота и оптимиста. Недостаток дофамина в организме приводит к унынию и ипохондрии.

Любое занятие или состояние, от которого человек получает (точнее, предвкушает) искреннюю радость и восторг, провоцирует мощный выброс гормона дофамина в кровь. Индивиду это нравится, и через некоторое время мозг «просит повторить». Именно так в жизни появля-

ются хобби, привычки, любимые места, обожаемая еда... Дофамин вбрасывается в организм в стрессовых ситуациях, чтобы человек не умер от страха, шока или боли: дофамин смягчает боль и помогает адаптироваться к нечеловеческим условиям. Дофамин принимает участие в таких важных процессах, как запоминание, мышление, регуляции циклов сна и бодрствования. Нехватка по каким-либо причинам гормона дофамина приводит к депрессии, ожирению, хронической усталости и резко снижает сексуальное влечение. Самый простой способ вырабатывать дофамин — заниматься сексом или слушать музыку, пробивающую тело до дрожи. В целом — заниматься тем, само предвкушение чего вызывает удовольствие.

1.16.6. Серотонин

Серотонин — это уверенность в себе, прилив сил и бодрости. Если в мозге нехватка серотонина, симптомы этого — плохое настроение, повышенная тревожность, упадок сил, рассеянность, отсутствие интереса к противоположному полу, депрессия, в том числе в самых серьезных формах. Нехватка серотонина отвечает и за те случаи, когда индивид не может выкинуть предмет обожания из своей головы, или, как вариант, не может избавиться от навязчивых или пугающих мыслей. Если у человека повысить уровень серотонина, у него исчезает депрессия, он перестает циклиться на неприятных переживаниях, и на место проблем быстро приходят хорошее настроение, радость жизни, прилив сил и бодрости, активность, влечение к противоположному полу [172].

1.16.7. Тестостерон

Тестостерон — гормон мужественности и полового влечения. Тестостерон запускает мужские формы полового поведения: наиболее явные отличия мужчины от женщины, такие как агрессивность, склонность к риску, доминантность, энергичность, самоуверенность, нетерпеливость, желание соревноваться, определяются прежде всего уровнем тестостерона в крови. Мужчины становятся «петухами», легко вспыхивая гневом и проявляя драчливость. Увеличение уровня тестостерона улучшает сообразительность и «взбивает» эмпатию.

1.16.8. Эстроген

Эстроген — гормон женственности. Влияние на характер: страхи, жалость, сопереживание, привязанность к младенцам, плаксивость. Эстроген развивает в женщине влечение к доминирующему самцу, сильному и опытному, признанному в обществе, и дает ряд других преимуществ: улучшает координацию и точность движений (женщина лучше мужчины справляется с задачами, требующими быстрых искусных движений), усиливает языковые способности. Если в период внутриутробного развития мальчик подвергнется воздействию ненормально высокого уровня эстрогена, он окажется в мужском теле, но с женским мозгом и вырастет миролюбивым, чувствительным, женственным.

Можно ли самостоятельно менять свой уровень тестостерона? Да. Если мужчина практикует единоборства, силовые и экстремальные виды спорта, чаще разрешает себе гнев, его организм усиливает генерацию тестостерона. Если девушка чаще «играет в блондинку» и разрешает себе страхи, ее организм усиливает выработку эстрогена.

1.16.9. Окситоцин

Окситоцин — гормон доверия и нежной привязанности. Повышение уровня окситоцина в крови вызывает у человека чувство удовлетворения, снижение страхов и тревог, чувство доверия и спокойствия рядом с партнером. На физиологическом уровне окситоцин запускает механизм привязанности: именно окситоцин делает мать или отца привязанными к своему ребенку, привязывает женщину к своему сексуальному партнеру, а мужчине создает романтический настрой, сексуальную привязанность и готовность быть верным. В частности, окситоцин заставляет женатых / влюбленных мужчин держаться подальше от посторонних привлекательных женщин. По уровню окситоцина в крови можно достаточно уверенно говорить о склонности человека к верности и готовности быть в близких отношениях. Окситоцин хорошо лечит аутизм: и дети, и взрослые люди, страдающие аутизмом, после лечения окситоцином становятся не только более эмоциональными сами, но и лучше понимают эмоции других людей. Люди с высоким уровнем окситоцина живут более здоровой и долгой жизнью, поскольку оксито-

цин улучшает состояние нервной и сердечной системы, стимулирует выработку эндорфинов — гормонов счастья.

Аналог окситоцина — вазопрессин, дает примерно тот же эффект.

1.16.10. Фенилэтиламин

Фенилэтиламин — гормон влюбленности: если при виде привлекательного объекта «взыграл» фенилэтиламин, то в человеке просыпается симпатия и любовное влечение. Фенилэтиламин присутствует в шоколаде, сладостях и диетических напитках, однако скармливание этих продуктов мало чему поможет: для создания состояния влюбленности необходим фенилэтиламин другой, эндогенный, т.е. выделяемый мозгом.

1.16.11. Эндорфины

Эндорфины рождаются в победном бою и помогают забыть про боль. Морфин — основа героина, а эндорфин — сокращенное название для эндогенного морфина, т.е. наркотика, который вырабатывается у нас самим организмом. В больших дозах эндорфин, как и другие опиаты, повышает настроение и запускает эйфорию, однако «гормоном счастья и радости» называть его неверно: эйфорию вызывает дофамин, а эндорфины только способствуют активности дофамина. Главное действие эндорфина в другом: он мобилизует наши резервы и позволяет забыть про боль.

Условия выработки эндорфина: здоровый организм, серьезные физические нагрузки, немного шоколада и ощущение радости. Для бойца это победная схватка на поле сражения. О том, что раны победителей заживают быстрее, чем раны побежденных, было известно еще в Древнем Риме. Для спортсмена это «второе дыхание», которое открывается на долгой дистанции («эйфория бегуна») или в спортивном состязании, когда силы кажутся на исходе, но победа близка. Радостный и долгий секс — также источник эндорфинов, при этом у мужчин он в большей степени запускается энергичной физической активностью, а у женщин — ощущением радости.

Гормоны — вещества, которые продуцируются железами внутренней секреции, выполняют в организме роль химических координаторов,

обеспечивающих оптимальный режим работы органов и настраивающих тончайший механизм их взаимодействия. От минимальных колебаний уровня гормонов в крови зависит не только физическое состояние человека, но и его чувства и эмоции.

1.17. Инсулин — адреналин

Рассмотрим связь между гипоталамо-гипофизарной и энтерогуморальной системами на примере эмоционального возбуждения, вызывающего повышение глюкозы в крови.

Итак. Гормоны (греч. *Нормаō* — приводить в движение, побуждать) — группа биологически активных веществ, синтезируемых и секретируемых железами внутренней секреции, тканью органов, выполняющих неэндокринные функции (поджелудочная железа), и эндокринными клетками, рассеянными диффузно вне пределов одного органа [134].

Глюкоза — простой сахар, при повышении или снижении его уровня в крови возникают серьезные нарушения, от потери сознания до комы и смерти. Глюкоза является основным источником энергии для всех клеток в теле, а для головного мозга, мозгового вещества почек и эритроцитов — единственный.

Важное место в углеводном обмене и в регуляции содержания глюкозы в крови принадлежит гормону поджелудочной железы инсулину. По химической природе инсулин является белком. «В противоположность действию других гормонов он понижает концентрацию сахара в крови, усиливая превращение глюкозы в гликоген как в печени, так и в мышцах, способствуя надлежащему окислению глюкозы в тканях, а также не допуская расщепления гликогена печени с образованием глюкозы» [46].

Задача инсулина — снижать уровень глюкозы в крови путем усиления ее использования клетками. «Механизм его действия заключается в том, что инсулин повышает проницаемость мембран клеток для глюкозы, в результате чего ее уровень в крови снижается (гипогликемический эффект)» (Ермолаев, Ильичева, 1989).

Процесс окисления глюкозы описан в соответствующей литературе и не является предметом обсуждения данной работы. Рассмотрим конечный результат.

Конечными продуктами окисления глюкозы в организме являются углекислота и вода; окисление сопровождается выделением энергии. Главное соединение, участвующее в обмене глюкозы, — глюкозо-6-фосфат (активированная глюкоза). Только в таком (фосфорилированном) виде глюкоза может участвовать в дальнейших ее превращениях до конечных продуктов обмена с выделением энергии. Фосфорилирование глюкозы контролируется инсулином, стимулирующим активность фермента глюкокиназы в клетках. В отсутствие достаточного поступления инсулина превращение внеклеточной глюкозы во внутриклеточный глюкозо-6-фосфат задерживается. Образовавшийся глюкозо-6-фосфат выйти из клетки не может и подвергается различным превращениям. При избытке глюкозы в клетках инсулин стимулирует синтез гликогена и жиров [54].

«Широко известно, что пища, богатая углеводами, вызывает тучность. Организм обладает способностью превращать углеводы в жиры, однако механизм этого превращения еще неясен» [46].

Глюкоза или гликоген являются исходным материалом для утилизации углеводов на клеточном уровне. И в том, и в другом случае образуется глюкозо-6-фосфат, подвергающийся дальнейшим превращениям. В процессе освобождения глюкозы из гликогена участвует специфически действующий фермент печени глюкозо-6-фосфатаза, отсутствующая в мышцах. Освобожденная из гликогена глюкоза поступает в ток крови для поддержания необходимого уровня глюкозы.

Важную роль в регуляции углеводного обмена в организме играет и гормон адреналин, который вырабатывается мозговым веществом надпочечников. В углеводном обмене действие адреналина противоположно действию инсулина. Адреналин способствует расщеплению гликогена в печени с образованием глюкозы и повышает уровень глюкозы в крови. В мышцах адреналин активирует распад глюкозы до молочной кислоты. Усиленное выделение адреналина надпочечниками в кровь наступает, например, при сильных эмоциональных возбуждениях (страх, гнев и т.п.). В историческом плане за сильным эмоциональным возбуждением следовало усиление физических нагрузок на организм (преследование добычи, противника, бегство от более сильного противника и т.п.), требовавшее увеличения уровня глюкозы в крови. Эволюционно это так и закрепилось. При сильных эмоциональных возбуждениях усиленно выделяется адреналин, что и вызывает образование глюкозы из глико-

гена печени и увеличение содержания сахара в крови. Это совершенно нормальный физиологически обусловленный процесс. Таким же образом организм обеспечивает усиленное питание органов глюкозой и при интенсивной работе. Значительное усиление секреции адреналина в кровь при неоправданно бурных эмоциях часто приводит к развитию в результате этого гипергликемии, превышающей почечный «порог», и к непродолжительному выделению глюкозы с мочой.

Гормон поджелудочной железы глюкагон проявляет себя в печени. Глюкагон, как и адреналин, повышает уровень глюкозы в крови, усиливая распад гликогена в печени с образованием глюкозы [73].

Гипергликемии, в основе которых заложены эмоциональные возбуждения, связаны с усилением поступления в кровь адреналина из надпочечников. «Это вызывает усиление освобождения глюкозы из гликогена в печени и поступление глюкозы в кровь. Такого типа гипергликемии могут сопровождаться повышением уровня глюкозы в крови до значений, превышающих почечный “порог”. В результате наступает эмоциональная глюкозурия. «Этот тип глюкозурии могут вызвать, например, особенно трудный экзамен или эмоциональное напряжение при спортивных состязаниях» [72].

«Эмоциональная глюкозурия может оказывать решающее влияние на результаты спортивных состязаний, особенно состязаний высокого уровня. У спортсменов довольно сложное положение. С одной стороны, спортсмен не должен в своем эмоциональном возбуждении переходить ту неуловимую границу, за которой начинается расточительное выделение глюкозы крови с мочой. Потеря глюкозы (а с нею и воды) непременно ухудшит личные результаты спортсмена. В таких случаях говорят: “Спортсмен перегорел”. Но, с другой стороны, спортсмен не должен оставаться спокойным во время состязаний, т.к. в этом случае он не использует запасы глюкозы из печени, не доведет уровень глюкозы крови до почечного “порога” и не израсходует излишки глюкозы крови немедленно на состязаниях. Это неизбежно снизит личные результаты спортсмена.

Совершенно естественная (физиологическая) глюкозурия может наблюдаться у здоровых людей при употреблении в пищу большого количества сахара, большого количества легко усваиваемых организмом углеводов (сладости, виноград и др.). В таких случаях часто наступает пищевая глюкозурия. Это кратковременный тип глюкозурии. Сахар всасывается быстрее, чем организм успевает превратить его в гликоген

и поддерживать содержание глюкозы в крови ниже почечного “порога”. Начинается выделение глюкозы с мочой, даже в тех случаях, когда эта глюкоза вовсе не избыточна в организме. Как только уровень глюкозы в крови окажется ниже почечного «порога», выделение глюкозы с мочой прекратится» [73].

«У здорового человека в течение первого часа после нагрузки уровень глюкозы достигает максимума, однако не превышает почечный порог. Затем наступает снижение количества глюкозы в крови, которое к концу второго часа достигает исходного уровня и даже несколько ниже. К третьему часу содержание глюкозы восстанавливается до нормы» (Ермолаев, Ильичева, 1989).

Объединяя все вышесказанное, физиологический процесс эмоционального возбуждения коротко выглядит так:

Эмоциональное возбуждение провоцирует **повышение** адреналина в крови. Адреналин **повышает** уровень глюкозы в крови. Высокий уровень глюкозы **повышает** в крови инсулин, который **понижает** концентрацию сахара в крови, **повышая** превращение глюкозы в гликоген как в печени, так и в мышцах. И все эти процессы нормализуются в течение трех часов. Если же стрессовые ситуации повторяются чаще, чем одна в три часа, или ее влияние на организм пролонгировано во времени, то выработка взаимокompенсующих гормонов приводит к разбалансировке всей эндокринной системы. Гормоны начинают синтезироваться вразнобой, приводя к эмоциональной нестабильности личности (продолжение в разделе 1.19).

1.18. Стресс

Существует мнение, что стрессовые ситуации — эмоциональные взлеты и падения, вызывают ощущение неуверенности. Человек чувствует себя слабым, измученным. Он не способен к максимальной отдаче в своих намерениях и действиях. Эмоциональные «горки» истощают человека не только физически, но и психологически.

- Тело и душа взаимосвязаны. Эмоциональное состояние способно определять физическое самочувствие.
- Чувства стимулируют выброс гормонов. Длительный гормональный дисбаланс, в свою очередь, способен привести к возникновению патологий. [84]

Многие психологи в своих трудах пишут о стрессе примерно так: «В настоящее время острый интерес к стрессам и их профилактике обусловлен изменением: ритма жизни, характера трудовой деятельности, количеством и качеством информации, ростом населения, качеством продуктов питания и многими другими факторами» [65, 91, 99, 121, 145, 160].

В логике развития стресса прослеживается закономерность от описания особенностей воздействия стрессоров среды обитания, к описанию «стрессов белых воротничков» [169, 178]. Такое смещение акцентов в направленности исследований является отражением происходящих объективных изменений в производственной сфере. Современный стиль жизни подразумевает (как и в каменном веке) непрерывную борьбу за выживание, но только не в условиях природы, а в условиях жесткой конкуренции, где человеку даже с развитым эмоциональным интеллектом часто приходится попадать в стрессовые ситуации. Постоянное пребывание в состоянии «низкого старта», «держа под контролем ситуацию» для доказательства своей состоятельности, обилие тренингов личностного роста, основанных на достижении максимальной амплитуды эмоционального маятника для выведения клиентов из «зоны комфорта», обилие прямо противоположной информации и скудность в личностных отношениях приводит к ухудшению таких объективных характеристик труда, как надежность, продуктивность, быстродействие, качество работы, а подчас является причиной несчастных случаев, аварий, травм по вине «человеческого фактора» [139].

1.18.1. Болезни «стрессовой этиологии»

Болезни «стрессовой этиологии» (рис. 5): сердечно-сосудистые расстройства, заболевания желудочно-кишечного тракта, нарушения обменных процессов, невротические состояния — легко обнаружить в перечне типичных для разных сфер деятельности. Причины этого кроются в несоответствии адаптационных возможностей человека темпам развития производства, недостаточной эффективности приспособления новой техники к особенностям человека, в быстрой изменчивости форм коллективного взаимодействия и социального общения.

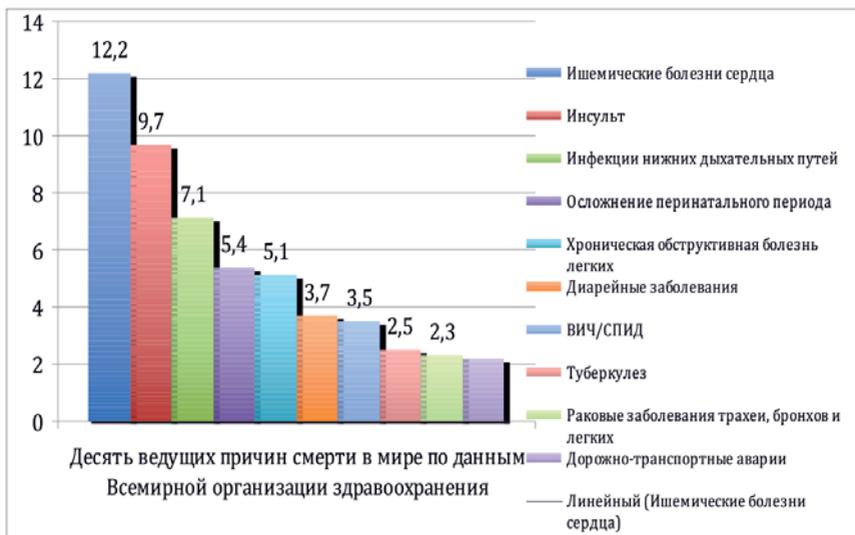


Рис. 5. Болезни «стрессовой этиологии»

Для психологов существует тенденция к изменению индивидуально-психологических свойств и качеств характера в результате переживания тех или иных состояний. Замкнутость, нерешительность, тревожность, апатичность, повышенная истощаемость нередко возникают как следствие воздействия разного рода «сверхнагрузок».

«Формирование таких качеств, как эмоциональная устойчивость, выносливость, усидчивость, открытость, доброжелательность, вряд ли можно рассматривать только как развитие природных задатков или прямого социального воздействия. В немалой степени это результат целенаправленной тренировки, специального обучения, направленного (осознанно или подсознательно) на выработку адекватных внутренних средств преодоления трудных ситуаций и сопутствующих им состояний» [89].

Существенное значение для развития исследований в области психологии стресса и его преодоления имеют труды и идеи Б.Г. Ананьева, Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Б.Ф. Ломова, С.Л. Рубинштейна, К.А. Абульхановой-Славской, А.В. Брушлинского, Е.А. Климова и др.

1.18.2. «Психология стресса». Б.Р. Мандель

Мандель Б.Р. в своем учебном пособии «Психология стресса» пишет: «Стресс (от англ. stress — давление, нажим, напор, нагрузка, напряжение) — неспецифическая (общая) реакция организма на физическое или психологическое воздействие, нарушающее его гомеостаз, также соответствующее состояние нервной системы организма или организма в целом. В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную (эустресс) и отрицательную (дистресс) формы стресса. По характеру воздействия ученые определяют нервно-психический, тепловой, световой, антропогенный и другие *стрессы*.

Конечно, каким бы ни был стресс, позитивным или негативным, эмоциональным или физическим, воздействие его на организм имеет общие неспецифические черты. Впервые термин «стресс» в физиологию и психологию ввел Уолтер Кеннон в своих трудах, описывая его как универсальную реакцию «бороться или бежать».

1.18.3. Теоретические построения Г. Селье

В теоретических построениях Г. Селье присутствует относительность причинности и целесообразности стресса. Относительно и само понятие целостности носителя стресса: это и локальные структуры в организме при местном адаптационном синдроме, это и весь организм, отвечающий общим адаптационным синдромом, это и та или иная совокупность людей при массовых проявлениях эмоционального стресса. Идея о существовании взаимодополняющих свойств нашла воплощение в концепции стресса в виде дополнительности специфических и неспецифических проявлений адаптации к требованиям среды в живых существах, в психике и в социальных совокупностях. Г. Селье указывал на отсутствие прямой зависимости эмоциональных переживаний при стрессе от физиологических механизмов стресса. Ухудшение самочувствия, болезненные стрессовые физиологические процессы Г. Селье предложил называть «дистрессом», т.е. разрушающим дискомфортным стрессом. Приятные формы стрессовых переживаний, такие как стресс любви, творчества, восторга, вдохновения, он назвал «эустрессом», или приятным стрессом.

Широкому распространению учения о стрессе способствовала системная разработка концепции стресса ее автором, исключительная про-

дуктивность и целеустремленность, его замечательные публицистические и литературные способности (Г. Селье принадлежит более тысячи научных публикаций, в том числе более 20 монографий).

Итак, проблема стресса была и остается сегодня по-прежнему одной из наиболее интересных и в то же время, к сожалению, недостаточно изученных проблем. Согласно многочисленным исследованиям представителей самых разных отраслей науки и практики, у современных людей произошло / происходит катастрофическое снижение уровня адаптации к различным критическим, кризисным факторам, что и вызывает различные болезни стресса, формы стресса, виды стресса. Многие рассматривают стресс вообще как неотъемлемый «атрибут» современной технократичной, техногенной, информационно перенасыщенной эпохи и указывают на необходимость интенсификации и научной, и практически ориентированной разработки проблемы защиты от ситуаций стресса. Конечно, следует иметь в виду, что и в предшествующие столетия, более спокойные, с точки зрения современного человека, люди испытывали на себе не меньшие физические и эмоциональные нагрузки. И рассматривая такие факторы, как угроза жизни во времена войн и революций, быстрые и резкие социальные изменения и колебания экономики, практически невозможно обнаружить исторические периоды менее стрессовые, чем, допустим, настоящее время, XX—XXI вв. И, кстати, веских доказательств значительного возрастания стрессогенных факторов в современном мире не найдено, а причиной возрастания интереса к проблеме стресса являются скорее социокультурные, чем техногенные изменения в окружающей среде. Жизнь полна стрессов, жизнь порождает стрессы, и они уже реально становятся специфическим культурным феноменом. Сегодня понятие стресса широко используется в разных областях знаний, интегрируя большой круг вопросов, связанных с зарождением, проявлениями и последствиями, и воздействием внешней среды, и конфликтами, и сложнейшими производственными задачами, и взрывоопасными ситуациями, и глобальным экономическим кризисом, и серьезными политическими и культурными проблемами XXI в.

Зарождаясь и проявляясь прежде всего в эмоциях человека, стресс определяет мотивационные, когнитивные, волевые, характерологические и прочие компоненты личности, являясь реакцией часто не столько на физические свойства ситуации, сколько на особенности взаимодей-

ствия между личностью и окружающим миром. Отсюда — стресс, по сути, продукт наших когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, знания собственных возможностей (ресурсов), степени обученности способам управления и стратегии поведения в аспектах их адекватного выбора» [95]. *Другими словами, стресс есть не что иное, как личностное отношение индивида к неоправданным ожиданиям (от автора).*

1.18.4. Святослав Медведев о стрессе

Святослав Медведев, директор Института мозга (Санкт-Петербург), советский и российский физиолог, академик РАН, член-корреспондент, член бюро Отделения физиологических наук РАН в одном из своих интервью говорит: *«Люди сегодня катастрофически мало двигаются. И в этом — источник большинства современных заболеваний.*

— А не в стрессах?

— Количество информации, что к нам поступает, действительно несколько увеличилось, но сказать, что мозг от этого страдает или что стало больше стрессов, нельзя. Я думаю, у первобытного человека стрессов было куда больше — ему все время было страшно, его постоянно могли съесть. Но он реагировал так, как это предусмотрено природой: сражался или убежал. Римский легионер, для того чтобы вычислить, куда подставить меч, должен был учесть огромное количество нюансов и испытывал сильнейшие стрессы. Стресс нужен человеку. И если ты хочешь чего-то добиться в жизни, ты обязан иметь стресс. Вопрос в том, что это такое. Стресс — это механизм, который помогает выжить в трудной ситуации. Например, вы видите забор, перелезть через который не можете. Но вдруг появляется злая собака — и вы перемахиваете через него как на крыльях. Проблема в том, что при стрессе организм человека готовится не к интеллектуальной работе, а к физической нагрузке. Поэтому, получив стресс, хорошо было бы пробежать хотя бы километр. А если физически это не выразить, то появляются гипертония и все остальное» [63].

«Стресс — состояние психофизиологического напряжения — совокупность защитных физиологических реакций, наступающих в организме человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов», — Б.Р. Мандель [95].

1.18.5. Стресс — это норма

Стресс — это нормальное и естественное взаимодействие индивида с окружающей средой. Другое дело, почему индивид выдает ту или иную реакцию, или эмоцию на ситуацию? Может, стресс, как факт, не является причиной болезней «стрессовой этиологии», и, возможно, нужно индивида учить «правильно» реагировать (не в ущерб собственному здоровью), а не заниматься профилактикой стресса?

Однозначно культ стресса сегодня есть. Изменить массовое сознание, даже за столетие навряд ли получится. Это невыгодно прежде всего самим стрессующим, иначе придется опять-таки брать на себя ответственность за свою жизнь и за свое здоровье. Так же не выгодно ни психологам (это заработки), ни правительству (испуганными людьми проще управлять). Человек позволяет себе реагировать на ситуацию, а отражается такая реакция в большей степени на организме.

1.19. Развитие патологий

Патология (от греч. *παθος* — страдание, боль, болезнь и *λογος* — изучение) — болезненное отклонение от нормального состояния или процесса развития. К патологиям относят процессы отклонения от нормы, процессы, нарушающие гомеостаз, болезни, дисфункции (патогенез) [148].

Возвращаясь к разделу 1.17, автор продолжает тему об инсулине и адреналине и, чтобы мысль не была разорвана, повторяет последний его абзац.

Эмоциональное возбуждение провоцирует **повышение** адреналина в крови. Адреналин **повышает** уровень глюкозы в крови. Высокий уровень глюкозы **повышает** в крови инсулин, который **понижает** концентрацию сахара в крови, **повышая** превращение глюкозы в гликоген как в печени, так и в мышцах. И все эти процессы нормализуются в течение трех часов. Если же стрессовые ситуации повторяются чаще, чем одна в три часа, то выработка взаимокompенсующих гормонов приводит к разбалансировке всей эндокринной системы. Гормоны начинают синтезироваться вразнобой, приводя к эмоциональной нестабильности личности. Адреналин в мышцах активирует (**повышает**) распад глюкозы до молочной кислоты. Молочная кислота содержит

водород (кислоту) и лактат. Водород препятствует передаче в нервах и мышцах электрических сигналов. При мышечном сокращении просвет кровеносных сосудов уменьшается, что приводит к нарушению кровотока — гипоксии. Гипоксия — это состояние клетки или организма, характеризующееся нарушением доставки или утилизации кислорода. Нарушение кровотока (притока и оттока) приводит к дисфункциям органов. Из-за недостатка питательных веществ и переизбытка токсинов (продуктов жизнедеятельности каждой клетки в отдельности) орган, система «выходят из строя», что в последующем будет называться болезнью.

На молекулярном уровне стресс оказывает влияние на клеточные мембраны. В данной работе не будет уделено внимание биохимии этого процесса. Остановимся только на выводах.

При стрессе увеличивается активность важных белков, связанных с мембраной: рецепторов, Na/K- и Ca-АТФ-азы, каналов ионного транспорта, ферментов митохондрий. Понятно, что для нормальной работы этих систем необходима стабильная и неповрежденная мембрана. Увеличение активности интегральных белков может иметь важное адаптивное значение на самых ранних этапах адаптации. Повышение чувствительности рецепторов увеличивает способность клеток реагировать на самые разнообразные воздействия, делает ее более «податливой к управлению», а повышение проницаемости для ионов натрия и кальция увеличивает возбудимость клетки. Кроме того, активность важного внутриклеточного посредника аденилатциклазы в значительной степени зависит от липидного окружения. Стабильность мембран митохондрий чрезвычайно важна в процессах ресинтеза АТФ, повышение активности Na/K насоса позволяет клетке быстрее восстанавливать мембранный потенциал покоя и увеличивает функциональную лабильность. В конечном итоге стабильность клеточных мембран является принципиальной для выживания организма и срочной адаптации, позволяет быстро увеличить физиологические возможности системы еще до того, как образуется системный структурный след. Формирование структурного следа немислимо без эффективного воспроизводства клеточных мембран. Таким образом, системный структурный след, составляющий основу долговременной адаптации, и стресс неразрывно связаны между собой в рамках единой приспособительной реакции организма. Системный структурный след увеличивает

мощность системы, ответственной за адаптацию к конкретному агенту, его повреждающее действие уменьшается, формируется специфическая резистентность организма — организм адаптирован к данному фактору. Однако переходная стадия от срочной к долговременной адаптации может затянуться, если действующий на организм фактор чрезвычайно силен, или ситуация, возникшая во внешней среде чрезвычайно сложна, а поэтому требуемая адаптация неосуществима. В таких случаях системный след не формируется и организм находится под постоянным воздействием повреждающего фактора. В результате стресс достигает чрезвычайной интенсивности и длительности. Именно в этой ситуации стресс из инструмента адаптации превращается в инструмент повреждения и вызывает многочисленные заболевания. Повреждающее действие стресса осуществляется теми же механизмами, только с увеличением интенсивности.

Параллельно свыше описанным процессом свободный ион водорода снижает рН-уровень в тканях, образуя кислую среду. Нервные окончания реагируют на такое воздействие болью. Снижение уровня рН не только приводит к боли, но и к разрушению клеток. Для нейтрализации кислоты (повышения уровня рН) необходим Са, при «закислении» организма происходит вымывание Са из костей [90].

Кроме всего, «кислая среда» является средой обитания многих патогенных организмов. О влиянии микрофлоры речь пойдет в следующем параграфе.

Как видно из описанных выше данных, от стрессовой ситуации и эмоциональной реакции на него до развития патологии происходит каскад цепных физиологических процессов, обусловленных: продолжительностью воздействия (количество стрессовых ситуаций за временной промежуток), глубиной поражения (сила эмоции и качество ее проживания) и временным промежутком (дни, недели, месяцы, годы).

Чем больше человек эмоционирует, тем в больший диссонанс входят системы энтерального и головного расположения. При этом с каждой новой стрессовой ситуацией нейронная связь между ними ослабевает или становится неадекватной. Органы и системы перестают подчиняться единым законам. Система регуляторных механизмов «анархия — хаос» превращается в систему «хаос — хаос».

1.20. Богатый внутренний мир

Выражение «Богатый внутренний мир» относится к области философии и психологии и определяется как гармония с самим собой и способность индивида создания счастливого, интересного, положительного, позитивного мира внутри себя. Это отражение его индивидуальности, целостности, неповторимости, это то, что отличает его от других существ.

В современной психологии «богатый внутренний мир» используется как синоним слову «психика». Психика — это системное свойство высокоорганизованной материи (мозга), заключающееся в активном отражении субъектом объективного мира. Психика проявляется в психических явлениях, которые делятся на три группы: 1) психические процессы; 2) психические состояния; 3) психические свойства личности.

Человек, с точки зрения психологии, представляет собой индивидуальную личность, т.е. набор определенных психологических черт (темперамент, характер и т.п.). Человек, по мнению психологов, — это высшая ступень эволюции живых существ, поскольку люди обладают способностью мыслить абстрактно. С биологической точки зрения человек — это разумное млекопитающее, отличающееся от других более развитым мозгом и функцией речи, присущей из всех млекопитающих и других живых существ только человеку.

1.20.1. Человек не одинок

Данная работа основана на трансдисциплинарном подходе. По мнению автора, внутренний мир человека-индивида представляет не только набор качественных характеристик, определяющих его личность.

Внутри практически каждого организма живет большое количество микроорганизмов: бактерии, простейшие, вирусы, грибки и т.д. Они и являются представителями «богатого внутреннего мира» индивида.

Итак, рассмотрим, что представляет собой «внутренний мир» и как он влияет на личность.

1.20.2. Микрофлора

Термин *микрофлора* появился благодаря тому, что когда бактерии не были достаточно изучены, их относили к миру растений. На сегодняшний день, с научной точки зрения, правильно использовать термин *микробиом* — сообщество мельчайших существ. С организмом человека симбиотируют нормальные и патогенные микробиомы, которые разделяются на резистентные (постоянные, индигенные, аутохтонные) и транзиторные (непостоянные, аллохтонные) [14].

По различным данным, только в кишечнике человека численность микроорганизмов составляет около 100 миллиардов — это около 2 килограммов живых существ. Живые организмы живут не только в кишечнике человека, но и на слизистых, коже, в дыхательных путях. При рассмотрении капли живой крови (метод гемосканирования) в образце обнаруживаются различные представители микромира. Видео и фотографии представлены в статьях А.А. Ключевой «Нераскрытые свойства фагоцитов» [77], А.В. Данилова, А.А.Ключевой «Результаты исследования изменения внутренних сред организма в процессе коррективы психоэмоционального состояния человека» [40] и «Краткий обзор результатов гемосканирования участников психологического тренинга “Путь к себе. Развитие личности через голос”» [39]. В данных материалах нет описания всех присутствующих микроорганизмов, но для специалиста не составит труда их распознать. Для данного исследования [76] в безымянном пальце руки делают прокол, и вышедшую жидкость рассматривают под микроскопом. Принято считать, что эта процедура называется «взять кровь из пальца». Это не совсем корректное название, так как при проколе повреждаются не только венозные и артериальные, но и лимфатические сосуды. Межклеточная и внутриклеточная жидкости тоже попадают в образец. Так что можно сказать, что и в жидкостных средах организма присутствуют микропредставители. В данной работе автор рассматривает влияние кишечных микробиомов.

Еще лет 10 назад ученые предполагали, что видовой состав бактерий у всех людей одинаков. На сегодня известно свыше 1000 различных штаммов микроорганизмов.

1.20.3. Внутриутробное инфицирование плода

Ранее так же считалось, что «в течение развития плод человека находится во внутриутробно-стерильных условиях. Если же из-за каких-то травм или болезней матери происходит прорыв бактерий и вирусов, то за этим неминуемо следует внутриутробное инфицирование плода. Впервые ребенок встречается с микроорганизмом во время родов, соприкасаясь со слизистыми оболочками родовых путей матери. Микрофлора матери попадает на кожу, слизистые оболочки, в полость рта, а затем и в кишечник новорожденного. В процессе родов и сразу после них новорожденный контактирует с микроорганизмами через медицинский персонал, окружающую среду, а затем повторно с матерью во время грудного вскармливания новорожденного.

Микробная колонизация организма осуществляется из двух источников: это родовый канал и кожа матери, и факторы окружающей среды.

Так как основную роль в формировании микрофлоры новорожденного играет микрофлора матери (влагалища, кожи и толстого кишечника), рекомендуется проверять состояние микрофлоры будущей матери во время беременности, при выявлении дисбиоза следует проводить коррекцию микрофлоры пробиотиками.

На становление микрофлоры новорожденного оказывают определенное влияние санитарное состояние помещений роддома и контакты с медперсоналом» [15, 101, 118].

1.20.4. Плацентарная микрофлора

Микробиологам известно, что существуют организмы, которые способны преодолевать гемоплацентарный барьер. Однако до недавнего времени считалось, что матка и плацента должны быть стерильными, чтобы защитить малыша от инфекций. Последние открытия показали, что в возрасте всего лишь одной недели младенцы имеют сложный набор микробов в кишечнике. Откуда берутся эти бактерии? Доктор Кирсти Аагард, лауреат премии New Innovator 2007 г., присуждаемой дирекцией Национального института здоровья (NIH Director's), акушер и доцент кафедры гинекологии в Бэйлоре и Детской больнице Техаса на основе данных проекта изучения челове-

ческого микробиома, которые предоставил Национальный институт здоровья в 2007 г., изучила микробиом младенца и обнаружила, что микробы в кишечнике ребенка не идентичны микробному составу на коже или во влагалище матери. Кирсти Аагард решила, что, возможно, плацента имеет свою собственную микробную популяцию, и малыши получили свою первую порцию микробов непосредственно от плаценты, еще находясь в утробе матери.

У плацентарной микрофлоры могут быть полезные функции. Та же кишечная микрофлора не только помогает нам поддерживать в здоровом состоянии обмен веществ, но и эффективно сотрудничает с нашим иммунитетом. Например, в прошлом году исследователи из Медицинской школы Гарварда сообщили, что кишечные бактерии в каком-то смысле учат иммунитет создавать новые антитела: микрофлора стимулирует молекулярные процессы монтажа генов иммуноглобулинов, вследствие чего и достигается огромное разнообразие антител. Среди бактерий плаценты оказалось много полезных видов. Да и кишечная микрофлора у новорожденного должна как-то образоваться — и не зависит ли этот процесс как раз от плацентарных бактерий? Результаты исследований опубликованы в *Science Translational Medicine*. Сегодня исследователи могут точно сказать, что микрофлора в плаценте есть и что это обычная черта плаценты, а вовсе не случайность. Что же до того, как именно бактерии попадают туда и что именно они там делают, то над этими вопросами предстоит еще поработать [135].

1.20.5. Человек не стерилен

Проводя исследование жидкостных сред пациентов, автор с точностью может сказать, что кровь человека не стерильна. Существует вероятность, что микроорганизмы матери передаются эмбриону через кровь. Автор в своей статье «Нераскрытые свойства фагоцитов» описывает ранее не изученные свойства клеток иммунной системы, в которой высказывает предположение о том, что клетки организма разумны и подчиняются пока не известным нам законам [77]. Если клетки разумны, то можно предположить, что и одноклеточные организмы тоже обладают персональным и как следствие коллективным разумом (социальным интеллектом).

Из вышесказанного можно сделать вывод, человек, как и любой многоклеточный организм, обладает «богатым внутренним миром», который своим «коллективным разумом» оказывает непосредственное влияние не только на физиологические процессы внутри него, но и на поведенческие особенности индивида.

1.21. Гены и бактерии

Вопрос о необходимости присутствия бактерий в кишечнике человека ставился еще в конце XIX в. В 1896 г. в своем выступлении в прениях по докладу М.В. Ненцкого «Пищеварение без бактерий» И.П. Павлов, опираясь на опыты, говорил о пользе бактерий. Хотя М.В. Ненцкий и В.Н. Сиротинин утверждали обратное «С врачебной точки зрения, в присутствии бактерий пользы открыть нельзя, а вред можно. Нет ни одного факта чисто врачебного, указывающего, чтобы некоторые сорта бактерий, присутствующих в кишечнике, были полезны или по крайней мере их значение сомнительно. Тут, конечно, спорный пункт должен давать эксперимент, но думаю, что не существует прямых фактов, указывающих по отношению питания человека на бактерии, от которых можно было бы ожидать пользы» [110].

1.21.1. Гнотобиология

Позднее возникла наука гнотобиология (греч. *gnotos* известный + биология; син. гнотобиотика) — раздел экспериментальной биологии и медицины, занимающийся получением и выращиванием животных, свободных от микроорганизмов, или животных, имеющих определенные виды микробов, для изучения механизмов и форм взаимодействия микроба с организмом, фундаментальных проблем иммунологии, радиобиологии и пр. Гнотобиология ведет свое начало от классического метода микробиологии — метода «чистых культур»; возникновение ее связано с именами Л. Пастера и И.И. Мечникова, заложивших теоретические и методологические основы гнотобиологии. Объектами исследования (подопытными животными) являются гнотобионты, сравниваемые с контрольными — обычными животными, имеющими нормальную микрофлору. Гнотобионты бывают двух категорий: 1) безмикробные или стерильные, животные, свободные от всех микроорганизмов, в том

числе от вирусов, а также макропаразитов; 2) гнотиферы — бывшие стерильные животные, ставшие носителями одного или нескольких видов идентифицированных микроорганизмов. К этой категории относятся и животных, получаемых от стерильных особей путем заселения их кишечного тракта микрофлорой строго определенного состава (так наз. SPF — specified pathogen free) [59].

После многочисленных опытов о пользе бактерий симбиотное пищеварение подробно охарактеризовано в ряде капитальных обзоров Л. Проссера и Ф. Брауна [120]; Л. Проссера [119]; К. Шмидта-Нильсена [164]; С. Мартина [177]; П. Вилльямса [181] и др.

1.21.2. А.М. Уголев о микроорганизмах

В своем труде «Теория адекватного питания и трофология» А. Уголев пишет: «Как правило, пищеварительный тракт макроорганизма заселен бактериями и простейшими, которые частично или полностью снабжают организм хозяина необходимыми органическими веществами, в том числе витаминами, незаменимыми аминокислотами и др. ...Парадоксальной на первый взгляд кажется другая связь: любой организм (точнее, вид) приспособляется к тому, чтобы самому служить источником пищи [142. 1980, 140. 1986а]. Для этого организм должен обладать такими свойствами, как определенная фагичность, т.е. доступность для другого организма в качестве источника пищи, а также трофичность, т.е. способность быть ассимилированным другим организмом» [140].

1.21.3. Геном бактерий

Как и любой организм бактерии имеют геном, который состоит из генетических элементов, способных к самостоятельной репликации (воспроизведение), т.е. репликонов. Репликонами являются бактериальная хромосома и плазмиды. Ген — структурная и функциональная единица наследственности живых организмов. Ген представляет собой участок ДНК, задающий последовательность определенного полипептида либо функциональной РНК. Гены (точнее, аллели генов) определяют наследственные признаки организмов, передающиеся от родителей потомству при размножении. Среди некоторых организмов, в

основном одноклеточных, встречается горизонтальный перенос генов, не связанный с размножением [62].

В геноме людей и высших животных можно найти много генов, которые пришли к ним от низших организмов и продолжают работать на благо своих новых хозяев. В человеческом геноме можно найти 145 генов, которые попали к нам от бактерий и простейших эукариот — к такому выводу пришли исследователи из Кембриджа, сравнивших геномы нескольких десятков видов живых организмов. Результаты работы опубликованы в *Genome Biology*. Бактерии могут передавать и принимать чужую ДНК в процессе конъюгации друг с другом, или же когда одна клетка поглощает другую, или же просто подбирая из окружающей среды ДНК, оставшуюся от другой клетки. Масштабы и важность горизонтального переноса генов трудно переоценить. Во многом благодаря именно ему бактерии обеспечивают себе генетическое разнообразие и потому могут приспосабливаться к меняющимся условиям, осваивать новые субстраты и т.д. У эукариот же, к которым относится человек, генетическое разнообразие создается перетасовкой хромосом (и частей хромосом) при половом размножении, так что горизонтальный перенос генов эукариотам вроде бы и не нужен, и что если он у кого и есть, то только у низших, одноклеточных форм. Но потом стали появляться данные, говорившие о том, что и у высших эукариот горизонтальный перенос имеет место быть. Эти исследования проводила ранее упомянутая Аластер Крип (*Alastair Crisp*).

В геном людей бактериальные гены проникли довольно давно, еще во времена нашего общего с другими приматами предка. Как новые гены встраиваются в многоуровневую молекулярную систему управления генетической активностью, которая у эукариота славится своей сложностью, еще предстоит выяснить. Разные виды могут быть в разной степени склонны принимать гены бактерий, однако эволюционные последствия таких событий, несмотря на их редкость, могут быть громадными [136].

1.21.4. Типы характера и бактерии

У кишечных бактерий суммарно имеется в 150 раз больше генов, чем у человека. У человека на сегодняшний день насчитывают от 26 383 до 39 114 генов. Геном всех людей, живущих на планете, почти одинаков,

но вот поведение разных людей, их умственные способности, психика порой кардинально отличаются. Сталин, Гитлер, академик Сахаров, физик Ландау, театральная звезда Станиславский, певец Лемешев, космонавт Гагарин, адмирал Ушаков, ударник труда Стаханов — это все представители одного вида *homo sapiens*, но какие они разные по своей психике, таланту и поведению! В чем же причина?

До недавнего времени ведущую роль в решении подобного рода вопросов играли психиатры и психологи, а также ученые, которые занимались поведенческой генетикой — наукой, изучающей наследование характера, темперамента и особенностей поведения человека, знания которых базировались на результатах проведенных тестов. По их мнению, интеллект зависел от внешних воздействий, в первую очередь от характера социальной среды, в которой оказался ребенок.

Но в последнее время благодаря гигантским успехам геномики наметился существенный прогресс в этом вопросе. Науку, возникшую относительно недавно на пересечении генетики и психологии, можно назвать психогеномикой по аналогии с фрейдовским психоанализом. Основная задача психогеномики заключается в «охоте за генами», формирующими личность, психику и поведение человека. Но результаты разных ученых расходились. Дело в том, что поведение человека, его психика зависят, как правило, от большого числа генов и гораздо больше подвержены влиянию внешней среды, чем морфологические или биохимические признаки.

Одним из первых ярких успехов психогеномики можно считать обнаружение американцем Д. Хэмером и его коллегами определенной взаимосвязи между мужской гомосексуальностью и строением небольшого участка ДНК, расположенного на самом кончике X-хромосомы (эту хромосому мужчины наследуют от своих матерей).

Внимание специалистов разных стран привлекли к себе гены, которые кодируют белки, участвующие в передаче сигналов от нейрона к нейрону в разных отделах нервной системы. Один из таких передатчиков — белок серотонин. Для того чтобы передать сигнал на другой нейрон, ему необходим еще один белок — рецептор. И, наконец, в клетках имеется третий белок, называемый транспортером серотонина, который разрушает молекулы серотонина в нервных клетках. Оказалось, что с генами, кодирующими эти три белка, тесно связаны некоторые особенности поведения человека, в частности тревожность и склонность к депрессии.

Затем ученые США, Германии и России обнаружили и изучили участок в геноме, который управляет работой гена — транспортера серотонина. Оказалось, что он существует у разных людей в нескольких формах (аллелях). У людей с повышенным уровнем тревожности и склонностью к отрицательным эмоциям этот участок был длиннее, чем у спокойных и более оптимистичных. Увеличение размера регулирующего участка не проходило бесследно: в клетках увеличивалось количество белка-транспортера, т.е. его ген работал более активно, чем в норме. Так была показана генетическая взаимосвязь между работой гена — транспортера серотонина и определенным поведением человека.

Другой, хорошо известный передатчик сигналов в нервной системе — дофамин. Он также действует на нервные клетки через специфический белок-рецептор. Одна из групп нейронов, производящих дофамин, связана с так называемым центром эмоций и удовольствий. Было обнаружено, что один из генов, кодирующих белки — рецепторы дофамина, может существовать в разных аллельных формах (длинная и короткая). У людей — носителей длинной аллели чувствительность к дофамину понижена, а у индивидуумов с короткой аллелью — повышена. И это сильно сказывается на поведении человека.

Итак, в споре «наследственность — среда» оказались в какой-то степени правы как генетики, так и психологи. Похоже, что в генах нет строгой программы, которую неукоснительно выполняет организм. Содержащийся в них текст напоминает скорее всего некий набросанный в общих словах план, коему человек порой следует, а порой заметно отступает от него [137].

Обобщая два направления, автор предполагает, что бактерии с помощью горизонтального переноса генов участвуют в процессах образования генетической программы индивидуального развития. Одним словом, формирование генотипа зависит от семейства бактерий, преобладающих в организме индивида. (Об этом в следующем параграфе.)

1.22. Микрофлора кишечника и поведение человека

Вернемся к микроорганизмам. «Ученый из Гейдельбергского университета (Германия) изучал бактериальный ландшафт. Он предполагал увидеть привычную картину: хаотичная смесь всевозможных бактерий, их скопление и незнакомые разновидности. Результат был

ошеломляющим. Несмотря на разнообразие, в кишечнике однозначно царит строгая упорядоченность. Из всех типов семейств бактерий так или иначе три находились в абсолютном большинстве. За счет этого в неразберихе из тысяч семей уже имеется какой-то определенный порядок» [167].

1.22.1. Виды кишечных бактерий

Было определено три вида кишечника в зависимости от того, какое семейство бактерий преобладает: бактероиды, превотеллы, руминококки. Каждый из этих видов синтезирует определенные витамины, дефицит или избыток которых приводит к тем или иным патологиям. Например, витамин В1 — тиамин (синтезируется превотеллами) необходим для питания нервных клеток и для формирования оболочек нервных волокон, его недостаток приводит к мышечной слабости, нарушению памяти, концентрации внимания, раздражительности, головным болям. В7 или Н — биотин (синтезируется бактероидами) необходим для нейтрализации авидина — яда, который присутствует в сырых белках. Дефицит биотина приводит к кожным нарушениям, влияет на состояние волос, ногтей и может стать причиной депрессивных состояний, подавленности, сонливости, изменений со стороны нервной системы, повышенного уровня холестерина. Гем (группа белков) — синтезируется руминококками, необходим для производства элементов крови.

Информацию о роли «плохих» бактерий и паразитов можно получить из книги Эндерс Дж. «Очаровательный кишечник. Как самый могущественный орган управляет нами» [165].

1.22.2. Бактерии и головной мозг

Еще одной особенностью бактерий является их способность синтезировать компоненты, которые проникают внутрь сосудов головного мозга. Это свойство бактериям необходимо для передачи сигналов о том, что они «голодны», а проще говоря, о своем аппетите. Эта связь осуществляется с помощью нейромедиаторов (нейротрансмиттеров). Например, тирозин и триптофан (аминокислоты) в головном мозге перестраиваются в дофамин и серотонин (нейромедиаторы), выделение которых проявляется состоянием удовольствия и сонливости. Это можно

трактовать как «наши бактерии нас поощряют, если они довольны едой, которую мы им поставили». Получив определенные блюда, микроорганизмы влияют на формирование чувства насыщения. Исследования показали, что синтез сигнальных веществ, формирующих чувство насыщения, значительно увеличивается, если мы едим то, что нравится бактериям. При этом до сих пор неизвестно, могут ли определенные бактерии вызывать определенные пищевые привязанности [149].

Ранее говорилось, что желудочно-кишечный тракт имеет свою собственную энтеральную нервную систему, с ее помощью бактерии в нашем кишечнике могут посылать сигналы в головной мозг. Некоторые виды бактерий содержат важнейшие нейромедиаторы: ацетилхолин (участвует в передаче импульсов в разные отделы мозга), гамма-аминобутират (устраняет психическое возбуждение). Тед Динан (Ted Dinan), профессор психиатрии и научный руководитель Центра алиментарной фармабиотики Университетского колледжа в Ирландии с коллегами провел исследование. Динан решил, что будет очень любопытно посмотреть на то, что произойдет, если накормить пробиотиками подопытных крыс и понаблюдать за их поведением. Для этого он провел следующий эксперимент: сразу после рождения крысиные детеныши были отделены от матери, что спровоцировало у них развитие депрессии и значительное снижение иммунитета. Затем ученые некоторое время давали им особый пробиотик под названием *Vifidobacterium infantis*, после принятия которого у крыс нормализовался иммунитет, а признаков депрессии и беспокойства стало куда меньше. После этого случая Динан и его коллеги предложили ввести новый термин «психобиотик» для обозначения особого класса микроорганизмов, которые положительно влияют на поведение и мозговую активность.

1.22.3. Психобиотики

Психобиотики — это бактерии, которые при попадании в организм в достаточном количестве способны принести пользу здоровью пациентов, страдающих психическими заболеваниями.

В одном из исследований Тед Динан и его коллеги решили накормить мышей пробиотиками, похожими на те, которые обычно добавляют в йогурты. Мыши, которые получили этот пробиотик, вели себя менее тревожно и активнее исследовали предложенные части лаби-

ринта, пугливые мыши стали более коммуникабельными. Кроме того, у этих мышей наблюдался более высокий уровень гамма-аминомасляной кислоты, которая ответственна за устранение психического возбуждения и снижение тревожности.

В другом эксперименте ученые пересаживали микробы из кишечника мышей, страдающих депрессией, в кишечники обычных мышей. Выяснилось, что мыши, поведение которых раньше было нормальным, переняли беспокойные повадки тех сородичей, чьи бактерии им пересадили. Этот эксперимент позволил Динану предположить, что кишечник и мозг связаны непосредственно через блуждающий нерв.

Блуждающий нерв — один из нервов, который выходит из яремного отверстия черепа и спускается по шее в грудную и брюшную полости. С его помощью мозг получает информацию о том, что происходит в организме человека. Предположение на тему передачи информации автор обсуждает в своей статье «Почему не вагус, а спинной мозг? Особенности иннервации проксимальных и дорсальных отделов толстого кишечника. Влияние микробиоты на приспособительные функции индивида» [78].

Военный хирург и физиолог Уильям Бомон (William Beaumont), опираясь на опыт, полученный в ходе лечения полостных ранений, в начале 90-х годов XX в. пришел к выводу, что пищеварительную систему стоит рассматривать как своеобразный рассадник огромного количества психических заболеваний [7, 66].

Опыт, поставленный на мышцах Джейн Фостер (Jane Foster), нейробиологом из Университета Макмастера в Канаде, доказывает, что существует непосредственная связь между мозгом и микрофлорой — ось «кишечник — мозг».

Для эксперимента использовали два вида мышей: обычных и стерильных, у которых полностью отсутствовал микробиом. Для наблюдения их поместили в специальную коробку, одна часть которой была затемнена, а другая находилась на свету. Обычные мыши дольше изучали затемненную область, а стерильные больше времени проводили на светлой стороне коробки. Отсюда вытекает предположение, что тревожность без микрофлоры проявляется гораздо меньше и мыши попросту не чувствуют возможной опасности.

Еще в одном исследовании было установлено, что микробиом влияет на гены, связанные с миелином, материалом, который покрывает

защитным слоем нервные волокна. Он вырабатывается в префронтальной коре головного мозга, ответственной за поведение и сохранение концентрации. Если в этой части мозга есть повреждения, то человек становится более подвержен многочисленным психическим расстройствам, в том числе шизофрении и тяжелым формам депрессии. Исследования направлены на то, чтобы выяснить, как микроорганизмы пищеварительной системы влияют на развитие этих заболеваний [149, 150].

Итак, кишечные бактерии — микробиота человека представляет собой собрание микроорганизмов, которые населяют наше тело как изнутри, так и снаружи. Самой изученной частью микробиома считается микромир кишечника, потому что наибольшая концентрация бактерий сосредоточена именно там. Это огромная популяция, важная для здорового обмена веществ и функционирования головного мозга, а коммуникация между кишечником и мозгом проходит в том числе через нейронные связи.

Микробиота обладает как индивидуальным, так и коллективным разумом, гены бактерий могут легко встраиваться в структуру ДНК других организмов. Кишечные бактерии питаются вместе с нами, делают пищу легко перевариваемой и синтезируют многие важные компоненты. Микроорганизмы, заселяющие макроорганизмы влияют на поведенческие особенности последних. Многие ученые рассматривают микробиоту как отдельный, самостоятельный орган, упразднение которого оказывает сильное воздействие на регуляторные механизмы организма в целом [167, 180].

В мае 2016 г. в журнале «FiveThirtyEight» была опубликована статья «Is Gut Science Biased?» (Является ли гипотеза кишки предвзятой?), в которой рассказывается об исследованиях посвященных идентификации микробиоты кишечника человека. Различные опыты показали, что у различных групп людей (племен, семейств и т.д.) видовой состав бактерий очень разный. У некоторых присутствуют бактерии, которые для других являются патогенными: «Было также обнаружено, что кишки Хадза (коренной народ на севере Танзании) богаты недавно обнаруженным родом бактерий, называемых Трепонема, который питается клетчаткой и ранее чаще всего ассоциировался с сифилисом. Трепонема, вероятно, помогает переваривать сильно волокнистые клубни, которые являются важным круглогодичным компонентом диеты Хадза. Эти вновь

обнаруженные штаммы *Теропета* были найдены в Хадза, сообществах земледельцев в Перу [168], и других неиндустриализированных группах.

Также в статье говорится о том, что чем беднее видовой состав бактерий в кишечнике человека, тем больше вероятность развития различных патологий. По видовому составу современного человека невозможно определить микробиомы его предков, так как в процессе эволюции происходило от межплеменных до межрасовых скрещиваний. Такие данные можно собрать, только изучая древние скелеты, зубы и окаменелости.

Автор статьи Barry-Jester Anna Maria на основании приведенных данных различных исследований сделала вывод, что нет уникального единого, одинакового набора видов кишечных бактерий (волшебная микробная пуля), который бы подходил людям различных этнических групп для восстановления здоровья [168].

1.23. Тело и телесность

Для более глубокого понимания причин дисаутогнозии и что такое самоосознание следует рассмотреть такие понятия, как тело и телесность. В настоящее время по-прежнему отсутствует единая терминология для более точной передачи смыслового наполнения понятий «тело» и «телесность», хотя их разделение имеет крайне принципиальное значение как в онтологическом, так и в гносеологическом (методологическом) контекстах.

Крылатое выражение Рене Декарта «*Cogito ergo sum*» — «Мыслю, следовательно, существую». Эта концепция показывает, что бессознательных форм душевной деятельности не существует. Иметь представление или чувство и сознавать его в качестве содержания мысли — одно и то же. Поскольку мышление (в декартовском понимании) — единственный атрибут души, душа всегда мыслит. Для нее (души) перестать мыслить — значит перестать существовать.

Автор книги понимает это выражение как разделение между телом, душой и телесностью. Мыслить и существовать — это прерогатива души и телесности. Мыслить, существовать и действовать — это полное определение индивида. Но идеи Декарта привели многих его современников к выводу, что нет более оснований считать душу единственным и полновластным господином обеих сущностей — «кукольным,

дергающим за веревочки». Душа не является полностью независимой от тела. Трактовка понятия «душа» приняла новое значение, функции, которые прежде приписывались ей, теперь стали относить к функциям тела. Таким образом, Декарт смог разграничить функции души и тела. Он первый, кто развеял устоявшееся утверждение о том, что только душа может влиять на тело, но само влияние тела на душу незначительно. Декарт разграничивает две субстанции души и тела, но отмечает, что они могут влиять друг на друга. Тело влияет на душу с помощью страстей, а душа, которая находится в мозге, действует на тело с помощью «духов». Только в человеке эти две субстанции могут соединяться, и именно этот симбиоз делает человека человеком.

1.23.1. Рассуждения ученых

Проблема телесности как в общем плане, так и в соотношении с сознанием рассматривалась с различных ракурсов А. Бергсоном, Э. Гуссерлем, М. Мерло-Понти, Ф. Ницше, Ж.-П. Сартром, М. Хайдеггером и другими мыслителями. Органическая взаимосвязь современных парадигм человека и историко-философских проблем телесности обнаруживается в работах перечисленных авторов, посвященных проблемам тела и души как внешнего, так и внутреннего его уровней.

1.23.1.1. М. Фуко, Ж.Л. Нанси, Ж. Деррида и другие

«Современный постмодернизм (М. Фуко, Ж.Л. Нанси, Ж. Деррида и др.) выдвигает программу деперсонализации субъекта, обратив внимание на сопряженность чувственности и мысли, на телесность сознания, которая не позволяет использовать оппозицию “внешнее — внутреннее” и апеллирует к аффективным сторонам человеческого бытия, прежде всего к сексуальности и негативным аффектам (садомазохизму, жестокости и др.)» [108, с. 28].

1.23.1.2. В.А. Подорога

В.А. Подорога объясняет: «Тело-без-органов — это не тело-объект, если оно и существует, то по другую сторону от общепринятого представления о телесной реальности, вне собственного образа и телесной

схемы (пространственно-временных и топологических координат), вне анатомии и психосоматического единства» [117, с. 29].

В онтологическом смысле «тело» и «телесность» отличает друг от друга мера «жизненности». Под «телом», как правило, подразумевают прежде всего физический объект, не обладающий субъектностью и лишенный духовности. Человеческая «телесность» понимается как одухотворенное тело, являющееся результатом процесса онтогенетического, личностного роста, а в широком смысле — исторического развития. Другими словами, телесность призвана выразить культурную, индивидуально-психологическую и смысловую составляющие человеческого существа.

В гносеологическом контексте введение понятия «телесность» в научный арсенал имеет методологическое значение. Дело в том, что телесность, теоретически включая в себя два полюса бинарной оппозиции — душу и тело, формирует единое пространство, позволяющее изучать в естественной целостности природные, психологические и социокультурные манифестации человеческой сущности.

1.23.1.3. Мыслительный анализ Э. Гуссерля, Ж. Батая, А. Арто

В феноменологическом подходе телесность как экзистенциальный феномен, как неразличенность «внутреннего» и «внешнего» начал человека стала предметом мыслительного анализа у Э. Гуссерля, Ж. Батая, А. Арто.

«Принцип всех принципов» в феноменологии Гуссерля получил следующую формулировку: «Всякая подлинно данная интуиция является законным источником познания; все, что обнаруживает себя посредством “интуиции”, должно приниматься так, как оно себя обнаруживает, но также лишь в тех пределах, в которых оно себя обнаруживает...». Можно убедиться, в рамках этого подхода феномен человеческого тела интерпретируется по-разному. Э. Гуссерль усиливает и абсолютизирует духовное, субъективное начало, внутренне чувство «Я», отводя телу роль пассивного начала.

1.23.1.4. М. Мерло-Понти

М. Мерло-Понти, напротив, абсолютизирует тело и превращает его в универсум, т.е. телесность, которая является смыслопорождающей

трансцендентальной формой мира. М. Мерло-Понти использует в своей концепции понятие «феноменальное тело». Фигура и фон — реальные опытные единства человеческого тела, они являются двумя принципами образования феноменального тела. Тело, как третий элемент, связывает фон и фигуру, т.е. психическое и физическое событие, и являет собой живое единство своих частей. Это значит, что в каждый момент действия феноменальное тело «уже» есть, оно опережает физическое действие, ибо задает ему смысл и значение в контексте самой ситуации. Феноменальное тело — это веер возможностей для совершения действия, но не само действие. Но самое главное, как утверждает М. Мерло-Понти, феноменальное тело определяет грамматику собственного (моего) тела. Феноменальное тело — это тело, которым я обладаю, но не тело, в котором я есть; оно — нерасторжимое единство самообладания [115, с. 112].

1.23.1.5. И.М. Быховская

Некоторые ученые исследуют понятие человеческой телесности, рассматривая его с различных сторон. Например, И.М. Быховская выделяет три ипостаси телесности — природное, социальное и культурное тела человека. Под «природным телом» она понимает биологическое тело, подчиняющееся законам существования, развития и функционирования живого организма. «Социальное тело» — результат взаимодействия естественно данного человеческого организма («природного тела») с социальной средой. И, наконец, «культурное тело» — продукт культуросообразного формирования и использования телесного начала человека, являющийся завершением процесса от «безличных», природно-телесных предпосылок к собственно человеческому, не только к социально-функциональному, но и личностному бытию телесности [19, с. 464—465].

1.23.1.6. М.М Бахтин

М.М. Бахтин посвящает ряд своих работ феноменологии телесного чувства и выделению «внешнего» и «внутреннего» тела. Феноменологическая очевидность выражает, по его мнению, «внутреннее» тело. Для Ж.П. Сартра и В.А. Подороги телесность, или «плоть», — это некий

избыток тела, то, во что оно простирается, чтобы стать материей исполненного желания. «Плоть» актуализируется в результате «касания» (Ж.П. Сартр) или «взгляда» (В.А. Подорога). В понимании этих авторов телесность («плоть») имеет функциональные, а не анатомические характеристики. «Плоть — это не тело, плоть — это “клеевая прослойка” (Ж.П. Сартр) между двумя телами, образующаяся в результате обмена касаниями, как если бы она могла инкарнировать одну плоть в другую. Плоть проступает на поверхности тела, или, если быть определеннее, плотью можно назвать состояние тела, когда она проступает на собственной поверхности» [117, с. 43—44].

1.23.1.7. А. Арто

Для А. Арто, другого представителя феноменологического подхода, ценна идея реальности как перевернутого образа видимости, «внутреннего» тела как зеркального отражения тела «внешнего». Жизненным идеалом является тайная встреча «внешнего» и «внутреннего» тел, воссоединение мысли и чувства.

1.23.1.8. Ф. Ницше

У Ф. Ницше телесность является уникальной совокупностью микроскопических отношений, сил, энергий, пульсаций, где любой из мельчайших элементов обладает собственной, вполне автономной сферой распределения, специфической перспективой роста, внутренним законом, не подчиненным никаким извне полагаемым целям. Образ телесности наделяется характеристикой внутренней активности, динамичности [105, с. 306].

1.23.1.9. В.Л. Круткин

В своей статье «Телесность человека в онтологическом измерении» В.Л. Круткин рассматривает телесность для человека как границу между внешним и внутренним, а связь тела и сознания — как самоосознание себя в мире. «Если в обыденном мнении “тело” появляется в результате различения внутреннего и внешнего, то в философское рассмотрение приходится вносить уточнение. Проблема теле-

ности не является частью проблемы отношения души и тела, ведь для постановки психосоматической проблемы нужно пользоваться термином “тело”. Телесность — это то, что характеризует значимым образом мир человека и до разделения его на внутренний и внешний» [86].

1.23.1.10. Карл Ясперс

Карл Ясперс пишет: «Я осознаю собственное тело как собственное бытие: я также вижу и осязаю его. Тело — это единственная часть мира, которую можно чувствовать изнутри; в то же время его поверхность доступна внешнему восприятию. Тело для меня — объект; сам я также являюсь этим телом. Конечно, существует различие между моим ощущением себя как тела и моим восприятием себя как объекта, но оба ощущения неразрывно взаимосвязаны. Восприятие тела как объекта, который строит себя для меня, и ощущение состояния собственной “телесности” одинаковы и неразделимы, но их возможно различать: чувственные ощущения переходят в осознание физического состояния. Осознание существования нашего тела — в норме представляющее собой незаметный, нейтральный фон для сознания и не оказывающее никакого влияния на его деятельность — в целом подвержено разнообразным необычным изменениям: половое возбуждение, страх или боль настолько глубоко затрагивают телесную природу человека, что способны полностью поглотить личность и либо побудить ее к активным усилиям, либо уничтожить ее» [166].

1.23.1.11. В.С. Соловьев

Соловьев В.С. утверждает: «У человека нет “просто тела”, в отличие от феноменальной телесности. Даже простейшие проявления телесности пронизаны экзистенциальными тонами. Пространственно-временносмысловая тотальность человека изначально телесна. Если мы выделяем “духовное тело”, тело духа как особый онтологический носитель, тогда мы должны выделить и тело души, равно как и тело тела. Последнее выражение только внешне выступает в тавтологическом обличье: тело тела — плоть, представляющая собой родовую ориентацию индивида, раскрывающая его претензию жить. Думается, именно это имел

в виду П. Флоренский, когда писал, что от онтологической периферии тела мы должны идти к его онтологическому средоточию, к “телу в теле”, где, по его словам, заключается “мистическая глубина нашего существа”» [132, с. 265].

1.23.1.12. П.А. Флоренский

П.А. Флоренский рассуждает: «Христианство провозгласило, что “дух бодр, плоть немощна”. Тем самым была подчеркнута универсумная ориентация индивида и в культуру вошел принцип персональности. Будь тем, что ты есть, а ты есть дух, а не плоть! Но та же христианская традиция подчеркивала и другое: с отрицанием плоти связана ложная духовность, тогда как истинная духовность связана с ее спасением и возрождением» [146, с. 529].

«Дифференциация тела и души. То, что тело отличается от души, кажется совершенно ясным и очевидным, не требующим объяснения; но всегда остается вопрос: что есть тело и что есть душа? Например: душа — это прямое внутреннее переживание (материал для феноменологии); все то, что дает начало осмысленным (значащим) или экспрессивным проявлениям: единство “Я”, фундаментальная психическая субстанция и т.п.» [166, с. 190].

Рассуждения на тему телесности и тела также отражены в трудах: Л.И. Анциферовой, П. Бергера, З.К. Бойдулова, Д. Блэкинга, Л.В. Жаровой, М.С. Кагана, Л.П. Киященко, Э. Луис, Т. Лукмана, Г.М. Мерабшвили, М. Мосса, С.Г. Пилецкой, Х. Плеснера, В.М. Розина, А.А. Тахо-Годи, П.Д. Тищенко, А.Ш. Тхостова, А.М. Фуко, А. Щюца, А.С. Хомякова, Р.Т. Эймса, М. Эстрейя, Е.Р. Ярской-Смирновой [153].

1.23.1.13. Что есть тело и что есть душа?

Изучая литературные данные, автор книги приходит к выводу, что у каждого мыслителя понимание тела и телесности основывается на своих ощущениях и своем определении себя в мире. Следует отметить, что понятия «телесность» и «тело» в настоящий момент имеют чрезвычайно широкий спектр трактовок. Однако все из них так или иначе сводятся к определению взаимосвязи телесной и душевной составляющих в человеке. Этот важный аспект дуализма души и тела (субъекта

и объекта) являлся в классической философии основополагающим в понимании человеческой сущности.

Автор книги определяет тело как объективную границу между внутренним и внешним, но тело не обладает интуицией, оно является проявителем телесных сил, бесконечного богатства и мудрости души. Телесность же — нечто объединяющее между телом и душой, проводящая система, процесс отношений между душой и телом. Телесность улавливает энергетические колебания и через тело выдает реакции души на раздражающие факторы.

В то же время у автора существует и другая гипотеза: душа воспринимает окружающий мир двумя способами: через тело и через телесность. Тело имеет четкие границы. Безошибочное определение тела в пространстве есть его ограниченность. Движение и действия тела являются определяющим фактором развития границ души и телесности. Через тело, как через физический объект, душа получает физический опыт и на физическом уровне идентифицирует свое «Я». У телесности нет границ, ее нельзя потрогать, увидеть, услышать. Но телесностью можно уловить энергетические потоки, эфемерность мира, то, что нельзя воспринять телом. Распознать телесность можно благодаря оппонирующей телесности. Осознание себя не только телом, но и телесностью дает расширение перспектив своих возможностей в окружающем мире.

То, что тело отличается от души, кажется совершенно ясным и очевидным, не требующим объяснения; но всегда остается вопрос: что есть тело и что есть душа? [166, с. 190a]

1.24. Наше тело — отражение нашего сознания

В здоровом теле здоровый дух.

«Здоровье человека — это результат сложного комплексного взаимовлияния духовной и телесной “частей” организма» (Дебби Шапиро).

Концепция «разума тела» основана на вере в единство и целостность каждого человеческого существа, где целостность обусловлена множеством различных аспектов, которые не могут быть изолированы друг от друга. Они находятся в постоянном взаимодействии друг с другом, все зная друг о друге в любой момент. Формула «разума тела» отра-

жает психологическую и соматическую гармонию: тело — это просто грубое проявление тонкости ума.

«Кожа неотделима от эмоций, эмоции неотделимы от спины, спина неотделима от почек, почки неотделимы от воли и желаний, воля и желания неотделимы от селезенки, а селезенка неотделима от половой близости», — писала Диана Конелли в книге «Традиционная акупунктура: закон пяти элементов» (Dianne Connelly. Traditional Acupuncture: The Law of the Five Elements).

Через болезни и дисфункции тело показывает нам то, что происходит в нашем сознании. Болезни и дисфункции — это проекции наших непережитых стрессов, негативных мыслей, непринятие ситуаций, нежелание простить или отпустить. Тело дано человеку не только для делания чего-либо, но оно является индикатором гармоничности данного делания. Не зря говорят: «Все болезни от нервов». Причинами нездоровья являются не сами стрессы или раздражающие факторы, а реакции человека на стресс и на факторы. «Страдание зависит не от глубины раны, а от того, как человек страдает» — М. Литвак. Кто-то яростно противостоит сидя перед телевизором политической ситуации в стране, а кто-то, приняв информацию, начинает обдумывать, в какую страну переехать, чтобы можно было спокойно дальше наслаждаться жизнью. Болезни — это вторичные проявления первичных непережитых, непроработанных реакций. Нужно лечить не болезнь, а больного. Можно таблетками убрать симптомы, вырезать опухоль, но эти симптомы появятся в другом месте или в этом же органе, но другие. И только потому, что причины не выявлены и не устранены. Иногда бывает достаточно осознания того, что тело отражает, какую мысль показывает через боль, и проходит миг, и вот боли уже нет.

Любые послания, основанные на неудачах, отчаянии и тревоге, несут отрицательную энергию низкой вибрации и заставляют тело реагировать разрушением защитных механизмов, что в итоге приводит к ухудшению качества жизни и к преждевременной смерти. Когда мы говорим, что наше «сердце разбито», знает ли тело разницу между эмоциональным разрушением сердца и его физическим разрушением? Оказывается, нет, поскольку силой своего воображения разум немедленно воздействует на телесную сущность. В статье «Периодизация медицины древней Руси и роль слова в лечении болезней» [79] автор с коллегами описы-

вает как в древней Руси болезни лечили заговорами. Любой заговор — это настройка тела на высокие вибрации. Через телесную настройку заклинатель настраивал больного на исцеление, осветляя тем его мысли.

В научных исследованиях неоднократно было показано, что люди часто умирают вскоре после смерти любимого человека, и причиной этого является именно «разбитое сердце». «Может ли тревога привести к серьезному заболеванию?» — спрашивает Лоуренс Лишан в книге «Вы можете бороться за свою жизнь» (Lawrence LeShan. *You Can Fight for Your Life*). «Многие ученые-медики утверждают, что трудно найти серьезную болезнь, которая не могла бы быть спровоцирована глубокой тревогой. Депрессия и отчаяние оставляют свой след не только в сознании, но и в теле». Если осознанно прислушиваться к тому, что человек говорит, то можно без высокоточной аппаратуры и дорогостоящих диагностических методов с точностью до 70% сказать, что у него болит. Выражения типа «повесил себе на шею» вскоре в действительности проявляется зажатостью в плечах, болями в шее или головной болью; «от дум голова трещит» — раскалывающей головной болью, а выражение «попа горит» — запорами или раком кишечника. Точно так выражение «ты разбил мое сердце» находит свое воплощение в отчаянии, тяжелой депрессии или ишемической болезни сердца, являясь для организма посланием к умиранию, а мысль о том, что «эта проблема заедает меня живьем», часто приводит к язве желудка или проблемам с кишечником. Человек своим же языком, своими же словами разрушает себя изнутри. Чем больше тело получает посланий к умиранию, тем меньше у него способностей к восстановлению защиты и поиску средств выживания.

Признание наличия причины и нахождение время заглянуть в себя тело воспринимает как то, что мы действительно хотим жить; тогда оно оказывается способным начать врачевание внутренних болей и стрессов. В первое время, после начала «знакомства с собой», человек видит те или иные органы даже во сне: эти органы либо просят к себе большего внимания, либо они таким образом благодарят «хозяина» за то, что он им уделит внимание. Послания, основанные на радости, успехе, надежде, любви и благополучии, — это животворные сообщения, которые убеждают тело укреплять силы и жизнеспособность, чтобы вернуться к полноценной жизни.

Мысль, слово, действие, образ жизни — это все энергия. Лишь призма личностного восприятия обличает эту энергию в позитивную или негативную, которая как на физическом, так и на психическом уровнях имеет одинаковую силу воздействия. Человек есть как физическое, так и психическое проявление, соответственно нет никакой разницы в способе выражения себя как личности.

1.24.1. Умение понимать язык тела

«Каждая часть тела обладает собственной уникальной функцией и имеет собственное предназначение, эта функция соответствует определенному аспекту нашей личности (например, в ногах выражается способность к передвижению и направлению движения). Если мы испытываем несогласие, то энергия, которая ассоциируется с этим несогласием, ослабляет соответствующую часть тела, оставляя ее ранимой и восприимчивой к повреждениям и болезням. Мысль буквально стесняет эту область, вызывая таким образом заболевание» [155]. «То, что мы гоним прочь из наших мыслей, всегда возвращается обратно и располагается в той же области, которая испытывала напряжение в тот момент», — говорил Решад Филд в книге «Излечиться сейчас» (Reshad Feild. Here to Heal). Умение понимать язык, которым пользуется тело, чтобы поведать нам о неполадках, дает возможность увидеть выраженные с его помощью отрицательные мыслительные стереотипы и установки и позволяет сменить их на позитивные. Это умение является началом пути к выздоровлению. «Многие больные уже знают кое-что об этой связи, и нужен только врач с открытым мышлением, который мог бы использовать это знание», — писал д-р Берни Сигал в книге «Любовь, медицина и чудеса» (Bernie Siegel. Love, Medicine and Miracles).

Болезнь ведет к пониманию цели и смысла жизни. Во время болезни человек становится уязвимым, даже невысокая температура может оказаться поводом для осознания своей смертности и небесконечности. Прыщик на носу может заставить человека остановиться (не появляться в общественном месте, а сидеть дома) и осознать себя в моменте «здесь и сейчас», увидев мир вокруг и себя в этом мире.

Каждая клетка в организме является представителем целого, неся в себе информацию обо всем организме, следовательно, каждая клетка знает о присутствии в теле всех остальных клеток в каждый момент

времени. То же можно сказать и о всех других его аспектах: психическое состояние, эмоциональный фон, подсознание и т.д. Из этого следует, что каждая клетка в моменте времени находится в унисоне с эмоциями, мыслями, желаниями и представлениями о себе.

1.24.2. Человек есть творение своего интеллекта

Дипак Чопра в работе «Целители лечат» (Deepak Chopra. Healers on Healing) писал: «Если мы рассматриваем себя как творение собственного интеллекта, тогда мы должны допустить, что мы создали себя сами. Действительно, мы находимся в процессе самосозидания, поскольку интеллект всегда общается с собой. Кровь — это не химический суп. Это многоканальный путь, по которому непрерывно перемещаются тысячи информационных сообщений, передаваемых гормонами, нейропептидами, иммунными клетками и ферментами. Каждый из них предназначен для определенной миссии, каждый способен поддерживать собственную целостность как интеллектуальный импульс».

...Слова «исцеление» и «целостность» происходят из одного корня: «цел» — «цель» — идеальный или реальный предмет сознательного или бессознательного стремления субъекта — конечный результат, на который преднамеренно направлен процесс... Целостность — состояние, в котором сознание и бессознательное сотрудничают вместе в гармоническом согласии. Согласно Юнгу целостность соответствует здоровью, одновременно представляя потенциал и способность. Отсюда достижение целостности можно рассматривать как *цель* или назначение жизни. Взаимодействие со средой и другими людьми может способствовать или, напротив, мешать этому процессу в зависимости от обстоятельств. Для Юнга целостность больше означала «полноту», нежели «совершенство». Идея целостности связана с понятием противоположности. Если две конфликтующие противоположности сходятся вместе и синтезируются, то результат входит в большую целостность. Выходит, что осознание того, что было упущено или не принято, а также достижение равновесия позволяют человеку проявиться целостным. Это не всегда зависит от физического излечения, но предполагает, что он стал цельным внутри.

Психологическими причинами, вызывающими большинство недугов тела, являются придирчивость, страх, гнев, обида и сознание вины.

Если, к примеру, человек занимается критикой достаточно долго, то у него часто появляются такие заболевания, как артрит. Гнев вызывает недуги, от которых организм как бы вскипает, сгорает, инфицируется. Надолго затаенная обида разлагает, пожирает тело и в конечном счете ведет к образованию опухолей и развитию раковых заболеваний. Чувство вины всегда заставляет искать наказания и приводит к боли. Намного же легче выбросить из головы эти негативные мысли-стереотипы еще тогда, когда мы здоровы, чем пытаться искоренить их после возникновения заболевания, когда человек в панике и появилась угроза попасть под нож хирурга.

1.24.3. Язык разума тела

Луиза Хей в своей книге «Исцели себя сам» [152] и В.В. Жикаренцев в своей книге «Путь к Свободе. Взгляд в Себя» [52] приводят список психологических эквивалентов болезней — разрушающие воззрения (вероятные причины) — новое понимание, новые мысли в свете выздоровления. Схожесть списков указывает лишь на действенность и состоятельность данной теории.

Язык разума тела удивительно прост для понимания. Чуть сложнее оказывается быть честным с собой. Ни каждая личность готова принимать в себе отрицательные стороны и проявления. Но именно честность является первым шагом в работе над собой. ...Альберт Швейцер говорил: «Каждый больной носит внутри себя собственного врача. Мы чувствуем себя лучше всего тогда, когда даем возможность этому врачу поработать».

В процессе жизненного опыта мозг вбирает в себя информацию и в каждой подобной последующей ситуации выдает реакцию, которая образовалась в результате предыдущего опыта. «Через наши чувства мы переживаем не то, что находится снаружи, а то, что находится у нас внутри» [134]. Чем позитивнее мысли, чем быстрее выход из стрессовой ситуации, чем спокойнее реакция на раздражающие факторы, чем честнее к себе отношение, тем меньшая вероятность пережить тяжелое заболевание, но тем больше возможностей жить насыщенной, качественной жизнью, дышать полной грудью, преисполненной любви к себе.

Только честное отношение к себе и к своему телу поможет личности достигнуть желаемого результата. «Современный цивилизованный

человек путем работы над собой приучается скрывать свои мышечные рефлексy, и только изменение сердечной деятельности все еще может нам указать на его переживания. Таким образом, сердце осталось органом чувств, тонко указывающим наше субъективное состояние и всегда его изобличающим», — И.П. Павлов. Создание образа здорового себя не есть здоровье внутри себя.

Хотим ли мы быть здоровыми, свободными и не иметь оснований для жалоб? Не требовать к себе внимания других? Можем ли по-настоящему видеть себя без наших проблем? Чем нас вознаграждает болезнь? Как мы будем себя чувствовать, если кто-нибудь предложит исцеление? Многие неосознанно воспринимают свою болезнь как самое счастливое время, ведь тогда они получали много любви, внимания и заботы извне! Поэтому, когда ставится на карту здоровье или болезнь, необходимо задать себе вопросы: готов ли я к тому, чтобы любить себя и не требовать любовь от других? буду ли я любить себя таким, какой я есть, безусловно? хочу ли я жить ради себя, а не ради других? готов ли я не зависеть от других?

1.25. Биологическое депрограммирование подсознания. Не мешай себе быть здоровым

Раз тебя запрограммировали по образу и подобию Бога, то и стань богоподобным, но только не стремись стать богом.

М. Литвак

1.25.1. Рике Герд Хамер. «Новая немецкая медицина»

В предыдущем пункте автор рассмотрел причины возникновения болезни с точки зрения диссонанса души и тела, когда невыраженные эмоции, непережитый стресс, неблагоприятные мысли и т.д. приводят к патологиям или дисфункциям. Существует еще одна теория, болезни — это защитные приспособления организма, благодаря которым организм самовосстанавливается. Например, рак необходим для растворения того, что организм не может переварить. Для этого организм сам создает раковую опухоль, которая будет выделять очень сильные пищеварительные энзимы, с помощью которых успешно завершится процесс переваривания. В основу некоторых направлений современных воззре-

ний легла именно эта теория. Доктор медицины Рике Герд Хамер, автор «Новой немецкой медицины», в книгах: «Рак, болезнь души» (1984), «Наследство новой медицины — онтогенетическая система опухолей, включая рак, лейкемию, психоз и эпилепсию» (1987) открыл пять биологических законов, объясняющих причины, ход развития и процесс естественного исцеления от заболеваний, основанных на универсальных биологических принципах. Согласно этим биологическим законам заболевания не являются, как полагалось ранее, результатом дисфункций или злокачественных процессов в организме, но скорее «важными специальными биологическими программами природы» (СБП), созданными ею для оказания индивиду помощи в период переживания эмоционального и психологического дистресса. Все медицинские теории, официальные или «альтернативные», прошлые или настоящие, основаны на представлении о болезнях как о «дисфункциях» организма. Открытия доктора Хамера показывают, что в природе нет ничего «большого», но всегда все наполнено глубоким биологическим смыслом.

1.25.2. Клод Саба:

Биологическое депрограммирование болезней

Подобной точки зрения придерживается Клод Саба. Его Тотальная биология в своей основе опирается на труды доктора Хамера, но она согласна не со всеми постулатами «Новой немецкой медицины». Например, есть и различия, которые касаются практического ее применения. Доктор Хамер противопоставляет традиционную медицину Новой медицине и не признает лечения традиционными (стандартным. — *Прим. автора*) методами. С точки зрения Тотальной биологии, врачебным долгом является обеспечить больному безопасность, не навредить, этого требует врачебная этика. Тотальная биология опирается также и на работы авторов античности, средневековья, на авторов современности, а также на работы крупных психологов, психоаналитиков, нейробиологов, гастроэнтерологов, пульмонологов, нейропсихиатров, математиков, физиков наших дней, т.е. на все современные науки. В частности, этот метод опирается на работы американского нейробиолога Антонио Дамазо [172, 173, 174]. Тотальная биология подключена к системе исключительных работ Анны Анселин де Шутценбергер [154, 161, 163] по проблематике связей между поколениями, а также основыва-

ется на работах Марка Фреше по теме клеточно-биологических циклов, занесенных в биологическую память как Смыслового проекта. Марк Фреше (Marc Fréchet, 1947—1997), клинический психолог и исследователь из Франции. Он работал в течение многих лет с больными раком в главной больнице в Париже и в клинике «Paul Brousse» в Villejuif с известным профессором онкологии Жоржом Мате. К сожалению, Марк Фреше умер, не оставив ни одной книги. В методе Тотальная биология используются и другие теоретические направления.

Основная идея Тотальной биологии: болезнь — это идеальное решение мозга. Болезнь является архаической формой выживания, т.е. материализованным выражением психического представления конфликтной ситуации. Болезнь и сильная эмоция вместе взятые являются выражением субъективного конфликтного представления, сопровождающегося сильным стрессом.

К примеру, кусок, который человек не может переварить, может быть каким-то некрасивым поступком. Конфликт территории может возникнуть в результате конфликта, связанного с установлением забора. Рак молочной железы у женщины всегда связан с проблемой гнезда и всего того, что относится к этому понятию, т.е. к ее отношениям с семьей, детьми, супругом или партнером.

Идеальность решения происходит на биологическом уровне, когда нет другого решения. Животное может заболеть какой-либо болезнью с целью оптимизации выживания.

Таким образом если определенная болезнь появляется в конкретный момент, то это именно оптимальное решение ситуации на биологическом уровне.

Если вы правильно питаетесь, едите много биологически чистых овощей и фруктов, это прекрасно, тем не менее если ваша мысль не в состоянии преодолеть неуправляемый стресс, то и вы разовьете ту же болезнь, что и человек, который питается чем попало!

Выздоровление невозможно, если пациент не будет уверен на 100%, что именно этот конфликт вызвал у него заболевание.

Идеи этих теорий, как и все остальные, имеют право на существование, они основываются на аргументированных доводах и опираются на результаты применения на практике. Но у автора книги относительно этих теорий возникли вопросы, например, относительно болезней, основанных на связях между поколениями. Пациент, сирота, психологиче-

ские травмы получил в неосознанном возрасте. Вопрос: как он может вспомнить то, что по сути вспомнить не может? Тогда с чем ему работать? С какими эмоциями? Для любого ли человека подходят данные теории? Или: «Если болезнь — это способы защиты организма, тогда почему при ничем неделании болезнь прогрессирует и нужно ли при такой философии «лечение», если «да», то какое? И т.д.

Некоторые исследователи утверждают, что соприкосновение с причиной означает излечение и более ничего не следует делать в этом направлении. Так считает Берт Хеллингер и специалисты в области регрессивного анализа.

Мозг реагирует на все. Нерешенный конфликт может много лет «ждать», чтобы в самый неподходящий момент включиться и оказать влияние на поведение и здоровье человека.

Иногда необходимо проанализировать все генеалогическое древо, чтобы некоторое отдаленное на сотни лет событие, имеющее отношение к пациенту, включило в нем механизм «клеточной памяти» или «хронологического цикла» и помогло понять или осознать внутреннюю связь его состояния с событиями или эмоциями, которые предкам не удалось адекватно прожить или пережить.

Двигаясь таким путем, возможным становится излечение пациента от тяжелых и хронических заболеваний, а также оздоровление всего его рода. Важным моментом терапии является не только само определение такого события, ситуации или состояния, но целостное осознание причины «каждой клеткой мозга» и «каждой клеткой организма».

В тот момент, когда человек осознает глубокую внутреннюю причину болезни, связанную с негативной неосознанной программой, эта программа модифицируется, а болезнь излечивается. Человек борется с болезнью при помощи сознания каждой клетки.

1.25.3. Осознание не есть выздоровление

Вильгельм Райх, основываясь на теории З. Фрейда, напротив, не только теоритически, но и опытным путем пришел к выводу, что осознание причины не является способом лечения. «С помощью топографического подхода проблема не решается. Подобная попытка окажется безрезультатной: простого переноса бессознательной идеи в сознание недостаточно для выздоровления. Решение с помощью динамического

подхода выглядит заманчиво, но также является неадекватным, несмотря на успешные действия Ференци и Ранка в этом направлении... аффективное отреагирование, связанное с вытесненной идеей, почти всегда улучшает состояние пациента, но обычно лишь на короткое время. Следует вспомнить, что, кроме некоторых форм истерии, трудно достичь отреагирования в концентрированной форме, необходимой для достижения желаемого результата. Итак, остается лишь структурный (экономический) подход» [122].

Опыт автора показывает, что иногда бывает достаточно одного, казалось бы, незначительного вопроса, чтобы в голове пациента сложился пазл и запустился процесс регенерации. И обстоятельства в его жизни будут складываться загадочным образом, и встречи или случайно брошенные слова незнакомого прохожего будут способствовать его оздоровлению. Все происходит так, как происходит, если начать действовать и верить.

Глава 2

ТЕХНОЛОГИЯ МЕТОДА

В данной главе будут рассмотрены непосредственно технические моменты, на которых базируется авторская методика. Работа с пациентом (изменение сознания, осознание болезни — осознание здоровья) основывается на четырёх аспектах (А—Г):

- А) Психотип пациента.
- Б) Вторичные выгоды нездоровья. Висцеральная терапия.
- В) Концентрация внимания пациента. Научение осознанию.
- Г) Создание мыслеформы.

2.1. Введение

Живот для любого человека на сознательном и на подсознательном уровнях представляется зоной сосредоточения жизни, зоной откровения и неприкосновенности. Защита живота по значимости приближена к безусловному рефлексу. Человеку свойственно защищать живот, так как это связано через пуповину с жизнью, с матерью (с родом). Живот — это центр человеческой вселенной. Именно в животе (как писалось ранее) рождаются и удовлетворяются потребности и возникают эмоции. Любая работа с животом предполагает вскрытие глубинных переживаний. В процессе терапии открывается слой страха, а вместе с ним и целый спектр чувств, таких как беспомощность, упадок сил, желание убежать, скрыться, не оставаться здесь ни на секунду. Иногда, когда эти чувства заграживаются, человек буквально прячется в животе. Он не может убежать наружу, его внимание уходит глубоко во внутрь. Это становится способом отсекания себя от любых пробудившихся страхов. Ранее было описано влияние стресса на организм человека с точки зрения физиологии. Как непрожитый и «неразобранный» стресс из раза в раз на клеточном уровне действует разрушительно на организм в целом. Терапевт должен учитывать подобные реакции. К этому наполненному страхом сжатию необходимо приближаться очень бережно, так как оно может быть связано с шоком, и тогда энергичный подход лишь вызовет повторную травму или усилит первоначальное переживание.

Энергетическое тело в этом месте легко доступно, потому что физическое тело здесь относительно мягкое и текучее. В животе нет костных структур, суставов или связок. Есть лишь стенка, образованная мышцами, удерживающая внутренности, а также их постоянно движущееся содержимое. Но такое анатомическое строение дает возможность беспрепятственно проникать в глубины организма и сознания. У природы не бывает ничего просто так. Если есть доступ, значит, для чего-то это нужно [4].

Основоположником телесно-ориентированной психотерапии является Вильгельм Райх (1925 и 1933 гг.). Во время формирования терапии Райх пришел к заключению: «симптом может исчезнуть, если его бессознательное содержание будет осознано, — может, но не обязательно должен исчезнуть» [147]. Если осознания, самого по себе, недостаточно для выздоровления, то какие другие факторы необходимы для исчезновения симптома, какие еще условия определяют, приведет осознание к выздоровлению или нет? Автор считает, что ответ на этот вопрос кроется в желании пациента честно осознавать причинно-следственные связи, приводящие его тело к саморазрушению. Желание личностного роста или же упование на Божий промысел. Действительно, осознание вытесненного содержания остается неременной предпосылкой выздоровления, но намерение перемен и смены парадигм остается правом выбора личности.

2.2. Осознание здоровья

Наша жизнь такова, какой ее делают наши мысли.

Марк Аврелий

Если поделить все деньги в мире так, чтобы каждый имел равную долю, то в течение пяти лет они вернутся в руки тех людей, у которых они были раньше. Что заставляет один разум создавать лишения, а другой изобилие? Как это происходит? Каковы правила игры? Существует ли возможность познать холодаины, которые ответственны за порядок, изобилие, болезни, бедность, хаос?

2.2.1. Валеогенез

Валеогенез — экзогенно поведенчески и фенотипически детерминированный комплекс адаптационных механизмов и морфофунк-

циональных резервов организма, направленное на совершенствование саморегуляции и гомеостаза и повышение уровня здоровья индивида. Сущность валеогенеза — в общем адаптационном синдроме (по Г. Селье) на стадии активации (по Г. Гаркави). Валеогенез определяется внешними воздействиями, поведением, психоэмоциональным состоянием, физическим и социальным статусом человека. В основе процессов лежат врожденные предпосылки, онтогенетическое совершенствование и постоянная тренировка функциональных систем организма [147].

Валеогенез на психическом уровне следует рассматривать в свете способности психики к саморегуляции. В психическом валеогенезе усматривается наряду с автоматическими механизмами акт активного управления, воли. Человек может осознанно помогать себе в разрешении психических проблем.

Термин «валеология» впервые введен И.И. Брехманом в 1980 г. для обозначения науки о здоровье. Специфика валеологии состоит в том, что она синтезирует знания о человеке и особенностях его взаимодействия с природой и социумом, которые накоплены в таких отраслях знаний, как философия, социология, психология, биология, анатомия и физиология человека, экология, официальная и народная медицина, этнография, религиоведение, культура [34].

2.2.2. Валеогенез в психологии

Валеологическая работа в области психического здоровья включает профилактическую деятельность, психосоматические тренинги и коррекцию состояний с отрицательной эмоциональной окраской. Ее разделяют на следующие направления:

- Индивидуальная психогигиена с элементами самопознания, т.е. сохранение здоровья на высоком уровне за счет управления ее состоянием;
- Психоэкология жизненного пространства;
- Психическое оздоровление, т.е. восстановление психической работоспособности и адаптивности к социальной среде за счет восстановления количества энергии и гармоничности психики человека.

2.2.3. Некоторые современные методики психического оздоровления

Современные подходы к психическому оздоровлению включают умение работать с подсознанием, с расширенным и/или измененным состоянием сознания, а также исследование взаимосвязей психики и тела и путей восстановления психосоматической гармонии.

Свою монографию «Психотехнологии измененных состояний сознания. Личностный рост. Методы и техники» В.В. Козлов [83] посвящает большой и важной подгруппе необычных состояний сознания, значительно отличающейся от остальных и представляющей собой неопределимый источник новых сведений о человеческой психике расширенных состояний сознания (РСС). В.В. Козлов разделяет понятия расширенного и измененного состояния сознания. Расширенное состояние сознания (РСС) — особое состояние измененного сознания, которое возникает при связанном дыхании. Даже в среде профессионалов понятия «измененные состояния сознания» (ИСС) и «расширенные состояния сознания» используются как синонимичные. На самом деле эти термины не идентичны как по объему, так и по содержанию. Понятие ИСС является родовым по отношению к понятию РСС. К ИСС относятся медитативные, трансовые, гипнотические, психоделические и другие необычные состояния сознания. Процесс связанного осознанного дыхания — это способ и средство достижения РСС. При этом возникающее РСС является естественным физиологическим и психологическим феноменом. РСС характеризуется максимальной мобилизацией резервных возможностей человеческой психики, когда человек при помощи полного расслабления и осознанного связанного дыхания получает расширенные возможности управления центральной и периферической нервными системами, работе с бессознательным материалом, организмом в целом.

Работа с подсознанием раскрывает огромные возможности в психическом оздоровлении, так как все последствия психотравм, все психоконфликты фиксированы именно в этой части психики. В подсознание можно войти через *трансовое состояние*. Под трансом понимают измененное, но физиологическое состояние сознания, когда внутренние образы более значимы, чем внешние. К ним относятся гипнотическое

состояние, сон, медитация, глубокая концентрация на чем-либо и др. Каждый человек в течение суток несколько раз бывает в разных трансовых состояниях. Для оздоровления используют преимущественно легкие формы транса, например эриксоновский гипноз. Трансовое состояние ослабляет контроль сознания, что позволяет проявиться находящемуся в подсознании скрытому отрицательному психическому материалу.

Оздоровляющий психический эффект можно получить путем воздействия непосредственно на психику, используя дыхательные психотехники и работая первично с телом.

Особую популярность среди психотехники первого типа в оздоровительной практике имеет нейролингвистическое программирование. Оно характеризуется высокой эффективностью и быстротой достижения результата, непризнанием диагноза, активной позицией пациента в процессе оздоровления, конструктивной помощью в перестройке его личности. Методика включает холотропное дыхание и свободное дыхание. Суть их сводится к воспроизведению трансового состояния путем изменения глубины, частоты и рисунка дыхания. Ослабление контроля сознания при этом позволяет неосознаваемой части психики проявить свою активность. Подсознание в неспецифической форме (мышечные движения, слезы) выплескивает отрицательный психический материал. Всплывшие из глубин подсознания в такой модельной ситуации психотравмы, проблемы, будучи отреагированными, постепенно растворяются и перестают волновать человека. Сеансы проходят с использованием музыки. Дыхательные психотехники являются эффективными при невротических состояниях, психоэмоциональных стрессах и их последствиях, психоконфликтах, депрессиях как путь самопознания и конструктивной работы с психикой.

Телесно ориентированная психотерапия имеет много форм. Самые известные направления — это холистические палсинги (специальные массажи, вибрационные или использующие технику качания), изменение схемы тела, танцевальная терапия. С помощью телесных приемов, сопровождающихся развитием легкого транса, у человека вызывается катарсис, эмоциональное реагирование при этом завершается гармонизацией психического состояния [81, 82].

Важное значение в сохранении и укреплении психического здоровья имеет *аутогенная тренировка*. Методика аутогенной тренировки разработана немецким психотерапевтом И.Г. Шульцем в начале XX в.

В аутогенной тренировке осуществляется органичное соединение ранее не взаимосвязанных приемов самовоздействия в систему, обеспечивающую целенаправленное, самостоятельное, углубленное влияние, прежде всего на эмоциональную сферу и работоспособность.

Аутогенная тренировка быстро внедрилась в медицинскую практику, а затем была принята специалистами в области психопрофилактики, на производстве, в спорте и космонавтике. Разработаны и применяются такие модификации аутогенной тренировки, как «активное самовнушение», «психорегулирующая тренировка», «эмоционально-волевая тренировка», «сенсорно-репродуктивная тренировка», «психогигиеническая саморегуляция». В большинстве перечисленных методик смыслом модификации является адаптация аутогенной тренировки к конкретным условиям и задачам избранного вида трудовой деятельности или вида заболевания в медицине: комплексирование стандартных упражнений, уточнение словесного состава формул самовоздействия, совершенствование чувственно-образного подкрепления, овладения упражнениями.

Одной из новых техник психического оздоровления является голосовая техника «Развитие личности через голос», автор А.В. Данилов [41]. Суть данной техники основывается на идее изменения звучности, тембра и силы голоса в процессе роста, развития и становления личности. Ребенок рождается с мощным и звучным голосом, но влияние социума, семьи, воспитания и т.д. накладывает отпечаток на психику человека, что приводит к физиологическим блокам и спазмам голосового аппарата. Идея техники — значительная роль голоса в формировании основных психологических паттернов, поддающихся терапевтической коррективке посредством осознанной настройки голосового аппарата.

Валеогенез психологических и физиологических аспектов — комплекс мероприятий, направленных на гармонизацию мышления и слаженную работу систем организма. Это управление состоянием психики (мышлением, чувствами, эмоциями) и физиологии (гомеостазом) с элементами самопознания и психического оздоровления.

2.2.4. Программируем себя на «здоровье»

Как показывает практика, осознание здоровья сегодня воспринимается и декларируется в большинстве населения в виде процессов, направленных на улучшение своего состояния. Складывается впечат-

ление, что человек рождается с мыслью о том, что он уже болен и ему необходимо свое здоровье постоянно восстанавливать. В сознании многих людей закреплены установки, что здоровье — это спорт, правильное питание. О том, что здоровье — это образ мышления, мало кто задумывается. Часто, когда в разговоре тема здоровья рассматривается с ракурса чистоты мыслей, оппонент говорит: «Я еще не достиг такого уровня развития». «Невозможно мыслить категориями здоровья, когда болит то тут, то там».

В сознании пациентов заложена программа, которую можно назвать так «Подумал о здоровье — подумал о болезни», «чтобы быть здоровым, мне нужно сначала выздороветь». Пациент не допускает мысли, что, чтобы быть здоровым, надо *быть* здоровым в мыслях. Быть здоровым или больным — это всего лишь выбор. Задачей терапевта является сфокусировать внимание болеющего на том, о чем пациент говорит. Необходимо донести пациенту идею, что с момента здесь и сейчас он начинает говорить о здоровье, а не о болезни. Он начинает мыслить критериями человека, у которого нет патологий. «Мы здесь про здоровье, а не про болезнь». «Ты не в процессе болезни, выздоровления или лечения, ты создаешь результат здоровья». На приеме в процессе работы с телом пациенту задаются вопросы: «Вы здоровый — это как?» «Что вы чувствуете когда у вас ничего не болит?» «Ваше здоровое тело, как оно выглядит в пространстве, в социуме?» Пациенту предлагается представить себя здоровым в семье, на работе, в метро и т.д. Отвечая на подобные вопросы и моделируя подобные ситуации, болеющий начинает по-другому видеть себя, начинает чувствовать и проживать разницу между осознанием себя как здорового человека и тем, что он думал о себе как о больном.

Болезнь — это система ограничений, замкнутый круг. Ограничения — как причина — рождающая болезнь. Система ограничений формируется постепенно, что способствует незаметному привыканию к ней. Человек, состояние которого ухудшается в течение нескольких лет, часто даже не фиксирует сознательно всевозрастающего количества «нельзя», которые добавляются по мере появления новых симптомов болезни. Новые ограничения становятся привычными и ожидаемыми, поэтому не вызывают особого неприятия. Вскоре сознание человека привыкает к изменившимся условиям жизнедеятельности. Ограничения входят в привычку и, как всякая привычка, перестают осознаваться

в явном виде. Человек просто знает, что не может себе позволить тех или иных вещей. Он даже не задумывается перед тем, как отказаться от запрещенных «нагрузок», почему ему этого нельзя. Вырабатывается своего рода условный рефлекс, который прочно связывает проблемные ситуации и отказ от действий в случае их наступления. Ограничения из осознаваемых и четко определенных переходят в неконтролируемое, размытое состояние.

Осознание «Как уберечься от болезней?» вместо «Как жить здоровой жизнью?» приведет к болезни, потому что сигнальным словом здесь выступает слово «болезнь». Задачей терапевта является развернуть мысли пациента в противоположную сторону. Меняя парадигмы мышления, меняется качество жизни. Изменить сознание, но не вылечить. Концепцией методики является идея — если хочешь быть здоровым, я могу тебе показать, в какую сторону тебе двигаться и развиваться. Я могу дать тебе направление и инструменты, все остальное будет зависеть от твоих намерений, приоритетов и талантов. Я могу помочь тебе научиться видеть, слышать и жить по-другому. Но быть по-другому — это только твой выбор. Терапевт является проводником соучастия, где сутью квантовой теории является тот факт, что «ни один из простейших феноменов не является феноменом до тех пор, пока кто-нибудь его не пронаблюдает (или не регистрирует). Тело не является плотным и стабильным объектом — оно иллюзия, процесс, и пока этот процесс направлен в сторону обновления, его клетки остаются молодыми, при этом не важно, сколько времени прошло и насколько сильна энтропия, которой оно подвергается.

Чтобы тело было молодым, следует быть готовым к восприятию новых представлений, ведущих к новым, отличным от ранее выбираемых действий и решений.

2.2.5. Фиксация сознания

Фиксация сознания пациента на его феноменальностях дает возможность ему увидеть и самоосознать себя. Не нужно желать, нужно жить, как будто ты уже здоров. Стань тем опытом, который ты хочешь получить. Такое изменение должно быть не только элементом терапии, но должно стать нормой жизни. Эта особенность является тем, что отличает данную терапию от других. Целью ее выбрано закрепле-

ние в сознании пациента идеи здоровья — как неотъемлемой части жизни. Вновь созданная реальность быстро меняется (возвращается к исходному состоянию), если она будет временным процессом. Творить реальность — значит не что-то делать, а чем-то быть! [5, 9, 17, 74, 86].

Дипрак Чопра считает, что «старение — это маска, прикрывающая потерю связи с этим разумом». «Каждую секунду в нашей клетке совершается шесть триллионов реакций, и если нарушить этот процесс, то это приведет к различным расстройствам в нашем организме. Эти “изменения” и есть старение. Однако наш организм может восстанавливать себя сам. Кожа меняется раз в месяц, клетки, устилающие стенки желудка, — каждые 5 дней, печень — каждые шесть недель, а скелет — каждые 3 месяца. К концу этого года 98% атомов вашего тела будут заменены новыми. Эйнштейн доказал, что мир невидимый — это реальный мир, а наше тело — это иллюзия. И если мы хотим избавиться от старения, то должны подключиться к безмерной творящей силе, заложенной в нашем первоисточнике».

«Мы единственные создания на Земле, способные менять биологию посредством мыслей и чувств, наделенные знающей о феномене старения нервной системой. Так как мы наделены сознанием, наше ментальное состояние влияет на то, что мы осознаем. Однако каждую установку старой парадигмы можно заменить более полной и объемной версией истины.

1. Объективного мира, независимого от наблюдателя, не существует.
2. Объем тела сформирован из энергии и информации.
3. Ум и тело нерасторжимо едины.
4. Биохимия тела — продукт сознания.
5. Восприятие — заученный феномен.
6. Импульсы разума ежесекундно придают телу новые формы.
7. Несмотря на кажущуюся видимость того, что мы — отдельные индивиды, все мы привязаны к схемам разума, управляющего Космосом.
8. Время не абсолютно. Реальная основа всех вещей — вечность, а то, что мы называем временем, в действительности представляет собой вечность, выраженную количеством.
9. Каждый из нас живет в реальности, не подверженной каким-либо изменениям и лежащей вне всяких перемен. Познание этой реальности позволит нам взять все перемены под свой контроль.

10. Мы не жертвы старения, болезней и смерти. Они — часть сценария, а не самого наблюдателя, который не подвластен каким-либо переменам.

Мы становимся жертвами старения, болезней и смерти в результате наших пробелов знаний о себе. Утратить осознание — значит потерять разум; потерять разум — значит потерять контроль над конечным продуктом разума — телом. Поэтому самый ценный урок, которому учит новая парадигма, таков: если вы хотите изменить свое тело, сначала измените сознание. Взгляните на Землю, где никто не стареет, — она не “где-то там”, а внутри вас» [48].

«Человек сам у себя украл Бога».

Carretti, Elias. *Crowds and Power* [170].

2.3. Психотип пациента. Вторичные выгоды

На сегодняшний день существует несколько классификаций по определению психотипов пациента и личности как таковой.

2.3.1. По Гиппократу

Первая известная типология личности в зависимости от типа темперамента была предложена древнегреческим врачом Гиппократом. Психотип по Гиппократу зависит от соотношения различных жидкостей в организме: крови, лимфы и двух видов желчи:

- флегматик — человек, в организме которого преобладает лимфа (флегма), отчего он становится спокойным и медлительным;
- меланхолик — человек, в организме которого преобладает черная желчь (мелане холе), отчего он боязлив и склонен к печале;
- сангвиник — человек, в организме которого много крови (сангвис), подвижный и веселый;
- холерик — горячий и импульсивный, в его организме много желтой желчи (холе).

2.3.2. По Э. Кречмеру

В начале XX в. немецкий психиатр Э. Кречмер выделил различные типы личности в зависимости от характера, он связывал психотипы человека с конституцией его тела.

Три вида телесной конституции:

- Астенический. Худой и высокий человек, с удлинёнными руками и ногами, слабо развитая мускулатура.
- Атлетический. Крепкий человек, с хорошо развитой мускулатурой, рост средний или выше среднего.
- Пикнический. Склонный к полноте, со слабо развитыми мышцами и опорно-двигательным аппаратом, среднего или небольшого роста.

Так как Э. Кречмер был психиатром, он сопоставил психотипы личности со склонностью к той или иной психопатологии и сгруппировал их в два типа личности:

Шизотимики — психически здоровые люди атлетического или астенического телосложения, отдаленно напоминающие больных шизофренией. Им свойственны такие черты характера: артистичность, чувствительность, отчужденность, эгоистичность, властность.

Циклотимики — психически здоровые люди пикнического телосложения, напоминающие больных маниакально-депрессивным психозом. Это веселые, оптимистичные, общительные, легкомысленные люди.

2.3.3. По К.Г. Юнгу

Общеизвестные психологические типы были выявлены и описаны австрийским психиатром и психоаналитиком К.Г. Юнгом.

Его теория об «интроверсии — экстраверсии», а также о четырех типах восприятия мира развивалась и продолжает развиваться.

Психотипы личности, предложенные Юнгом:

- Экстраверт — человек, психологически ориентированный на внешний мир; общительный, активный, деятельный.
- Интроверт — человек, ориентированный на внутренний мир, замкнутый, чувствительный, рассудительный.

Психологические типы в зависимости от преимущественного способа восприятия жизни, иными словами, от основной психической функции:

- Мыслительный тип — человек, в принятии решений преимущественно опирающийся на логику и мышление. Подавленной оказывается сфера чувств.
- Чувствительный тип — человек, ориентированный на чувства, судит категориями «хорошо — плохо», а не логически.

- Ощущающий тип — человек, воспринимающий жизнь непосредственно органами чувств, он смотрит, слушает, трогает и принимает решение исходя из получаемой информации. Интуиция им подавляется.
- Интуитивный тип — человек, полагающийся на «шестое» чувство; такие люди принимают решение, опираясь на интуитивные, бессознательные знания, а не на непосредственные ощущения.

2.3.4. По А. Аугустинавичюте

Основываясь на типологии Юнга, в 70—80-х годах прошлого столетия советский социолог А. Аугустинавичюте разработала одну из самых подробных и достоверных личностных типологий и стала основательницей научного направления «соционика» (табл. 5).

Таблица 5

Соционистическая типология

	Рациональные	Иррациональные
Экстраверт	Логико-интуитивный экстраверт. Логико-сенсорный экстраверт	Интуитивно-логический экстраверт. Интуитивно-этический экстраверт
Этико-интуитивный экстраверт. Этико-сенсорный экстраверт	Сенсорно-логический экстраверт. Сенсорно-этический экстраверт	
Интроверт	Логико-интуитивный интроверт. Логико-сенсорный интроверт	Интуитивно-логический интроверт. Интуитивно-этический интроверт
Этико-интуитивный интроверт. Этико-сенсорный интроверт	Сенсорно-логический интроверт. Сенсорно-этический интроверт	

2.3.5. По А.Е. Личко

Советский ученый А.Е. Личко, наблюдая за подростками, выделил психологические типы, описывающие акцентуации характера. Акцентуация — чрезмерное усиление отдельных черт характера, психологические отклонения, граничащие с психопатологией, но не выходя-

щие за пределы нормы. В подростковом, кризисном возрасте акцентуация проявляется наиболее выражено. Позже характер «сглаживается», акцентуация проявляется только в кризисных, стрессовых ситуациях.

2.3.6. По К. Леонгарду

Немецкий ученый К. Леонгард предложил схожую классификацию, но не ограничивал ее рамками пубертатного периода. В основе классификации оценка стиля общения человека с близким окружением.

Психологические типы по К. Леонгарду:

- Гипертимный. Оптимистичный, коммуникабельный, инициативный, деятельный, конфликтный, раздражительный, легкомысленный.
- Дистимный. Пессимистичный, молчаливый, замкнутый, неконфликтный, добросовестный, справедливый.
- Циклоидный. Переменчивый тип, совмещающий гипертимность и дистимию.
- Возбудимый. Медлительный, раздражительный, угрюмый, властный, добросовестный, аккуратный, любящий животных и детей.
- Застревающий. Перфекционист, любознательный, честолюбивый, справедливый, обидчивый, подозрительный, ревнивый.
- Педантичный. Формалист и аккуратист, серьезный, надежный, неконфликтный, пассивный, занудный.
- Тревожный. Робкий, неуверенный в себе, беззащитный, пессимистичный, самокритичный, дружелюбный, исполнительный, чувствительный.
- Эмотивный. Чрезмерно ранимый, слезливый, пассивный, добрый, сострадательный, исполнительный.
- Демонстративный. Может быть как лидером, так и приспособленцем, самоуверенный, артистичный, обходительный, увлекающийся, неординарный, эгоистичный, хвастливый, ленивый.
- Экзальтированный. Чрезмерно общительный, испытывающий яркие и искренние чувства, влюбчивый, альтруистичный, сострадательный, переменчивый, склонный паниковать и преувеличивать.
- Экстравертированный. Общительный и словоохотливый, открытый, исполнительный, несерьезный, склонный к азарту и риску.
- Интровертированный. Идеалист, замкнутый, философствующий, неконфликтный, принципиальный, сдержанный, упорный, упрямый.

2.3.7. По Э. Фромму

Социальный характер был взят за основу для классификации психологических типов по Э. Фромму.

Типы пациентов и их отношение к болезни.

Отношение пациента к своей болезни представляет собой важный уровень системы отношений пациента в социальной ситуации развития его заболевания и включает следующие аспекты:

- отношение человека к своим ощущениям, чувствам, эмоциям, к себе как к личности в целом;
- отношение к информации о своем диагнозе;
- отношение к окружающим, включая мнение пациента о том, как к нему и его болезни относятся другие люди;
- отношение к социальным ситуациям, в которые включен пациент (учебе, работе, лечебному процессу и др.);
- отношение к прошлому, настоящему и будущим перспективам его жизни.

Тип пациента определяет выбор той или иной модели общения с ним. Для малообразованных людей больше подходит интерпретационная модель, для образованных, вникающих в суть проблем, — советательная модель.

- Гармоничный. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без основания видеть все во мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление активно содействовать врачу в процессе лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза (инвалидизация) — переключение интересов на области жизни, доступные больному. При благоприятном прогнозе — сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, на своей работе.
- Эргопатический. «Уход от болезни» в работу, несмотря на тяжесть заболевания «одержимость» работой выражена подчас больше, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.
- Анозогнозический. Отрицание очевидности болезни. Отказ от обследования и лечения. Легкомысленное отношение к болезни и лече-

- нию — «все само собой обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Анозогносты, как правило, не отличаются высоким интеллектом, они малообразованные, часто подвержены алкоголизации, наркотизации. Истинную анозогнозию следует отличать от псевдоанозогнозии, когда психотравмирующий фактор (наличие болезни) вытесняется механизмом психологической защиты, блокирующим тревогу. Истинную анозогнозию нельзя путать с алекситимией — неспособностью выразить словами (вербализировать) свои ощущения. Многие пациенты не умеют изложить жалобы, анамнез, затрудняются рассказывать о взаимоотношениях в семье, нередко не понимают сути вопроса врача.
- Тревожный. Беспокойство, мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых методов лечения, новой информации, «авторитетов». Постоянное тревожное состояние. Такие пациенты предпочитают слушать, а непрерывно высказывать жалобы. Опасаются возможных осложнений болезни, неудач лечения, других неудач (в работе, в семье и т.д.). Защита от тревоги — приметы и ритуалы.
 - Ипохондрический. Сосредоточение на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Сочетание желания лечиться и неверие в успех лечения, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.
 - Неврастенический. Вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях. Раздражение изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием, часто слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость, несдержанность, неспособность ждать облегчения. Поведение по типу «раздражительной слабости».
 - Меланхолический. Неверие в выздоровление, в улучшение состояния. Депрессия, пессимистический взгляд на все окружающее. Неверие в успех лечения даже при явном улучшении объективных показателей.
 - Апатический. Безразличие к исходу болезни, результатам лечения. Утрата интересов к жизни. Пассивное исполнение назначений врача при настойчивом побуждении.

- Сенситивный. Озабоченность возможным неприятным впечатлением, которое может произвести известие о болезни на окружающих. Такой пациент опасается, что окружающие станут относиться к нему пренебрежительно, считать его неполноценным, боится стать обузой для близких.
- Эгоцентрический. Болезнь напоказ. Страдания и переживания пациента должны полностью завладеть вниманием окружающих. Другие люди, требующие внимания, воспринимаются как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Болезнь «условно принята», пациенту «невыгодно» становиться здоровым.
- Паранойяльный. Болезнь воспринимается как результат чьего-то злого умысла, «сглаза» и «порчи». Процедуры, лекарства вызывают подозрения. Врачи зачастую обвиняются в халатности и т.п.
- Дистрофический. Настроение мрачное, озлобленное. Вид угрюмый. Ненависть к здоровым. Вспышки злобы с обвинением в своей болезни других. Близкие должны во всем угодить больному (иногда «мнимому»).

2.3.8. Психотипы в гомеопатии

По большому счету конституциональных типов человека такое множество, сколько существует гомеопатических лечебных средств. Однако классификация по преобладающим характеристикам разделяет людей на три большие группы. По одной из классификаций это конституциональные типы:

В гомеопатии различают конституции:

- Сульфурика — тип серы. Самый гармоничный и крепкий. Среднего роста, пропорционального телосложения пациент типа серы имеет хорошую выносливость, веселый нрав и цепкий ум. Склонен к заболеваниям кожи, что в гомеопатии считается признаком крепкого здоровья и хорошего иммунитета.
- Фосфорика — тип фосфор. Высокий человек с тонкой костью, светлыми волосами, изящными чертами лица. Обладает прекрасными когнитивными способностями, артистичен, мечтателен. Быстро устает и физически и морально. Характер взрывной. Склонен к переломам, легочным болезням, проблемам с кровью, лимфой, патологиям кишечника.

- Флюрика — тип фтор. Этот тип воплощенная дисгармония — медленный в мышлении и работе, он обладает слабыми умственными способностями, извращенным мировоззрением. Внешние данные также далеки от совершенства: бородавки, кривые зубы, врожденные пороки развития скелета и черепа.

Существует и другая классификация, характеристики которой зависят не только от конституциональных элементов, но и от кальция. Это калькареи:

- Калькарея Флюорика.
- Калькарея Карбоника.
- Калькарея Фосфорика.

Нельзя сказать, какая из типологий лучше, они дополняют друг друга. Любая типология личности позволяет индивиду познать себя и одновременно осознать свою уникальность.

2.3.9. Психотипы по А.А. Ключевой

Автор книги, основываясь на своем опыте, использует иной подход в общении с пациентами. Этот метод классификации предполагает, что пациент сам определит, к какому типу он относится.

Суть такого определения заключается в честности пациента. Терапевт рассказывает о трех типах личности (пациентов) и спрашивает: «К какому типу вы себя относите?» Далее делается акцент на том, что вслух отвечать не обязательно. Это вопрос не для терапевта, а для пациента.

Реакции пациентов разные:

- слезы, когда честно, тогда больно;
- кто-то не верит и не хочет это обсуждать. Но на следующем приеме ведет себя совершенно по-другому;
- кто-то больше не приходит на прием;
- кто-то просто замолкает, погружается в себя и только в конце приема говорит: «спасибо, это было сильно».

Какой бы ни была реакция пациентов, в любом случае она позволяет пациенту быть откровенно-предельно честным с самой собой. От данной классификации не зависит ни диагноз, ни метод работы, ни стиль общения терапевта с болеющим. От нее зависит поведение самого пациента внутри себя. Данная классификация является прозрачной и может

быть единственно правильной и точной с точки зрения классифицируемой личности.

Итак классификация:

Четырехлетний опыт практической работы показывает, что 95% людей, обратившихся с просьбой о помощи, в ней не нуждаются, или если нуждаются, то не в ней. Пациенты приходят в надежде получить все, что касается их личности, их эго (вторичные выгоды): внимание и «любовь», подтверждение своей уникальности в не состыковке анализов и диагнозов, сочувствие и жалость, величие их болезни и невозможности выздоровления, вселенность трагедии и просто поговорить.

Пациенты со страстью и блеском в глазах рассказывают о своих проблемах, показывают выписки и снимки. По наблюдениям за поведением пациентов выявляется зависимость восприятия «себя» от мотивов оздоровления. Автором выявлены три психотипа:

- 1) пациенты, которым выгодно болеть;
- 2) пациенты, которым выгодно обследоваться и/или лечиться;
- 3) пациенты, которым выгодно быть здоровым.

Первые два психотипа — это пациенты процесса. Все их действия продиктованы вторичными выгодами. Восстановление их здоровья пролонгировано. Обычно пациенты этих групп проходят 10 и более сеансов оздоровления за один курс, и далее процесс посещения терапевта становится еженедельным ритуалом. Не важно, какие манипуляции будет проводить терапевт, главное — все это во благо, для здоровья.

2.3.9.1. Первый психотип

Первый психотип. З. Фрейд утверждает: «что благодаря отступлению в невроз “Я” получает определенную внутреннюю выгоду от болезни» [108]. Пациентам, относящимся к этой группе, свойственен недостаток внимания, либо таким образом они стараются избежать ответственности или же осуждения. З. Фрейд исходил из того, что выгода от болезни, появляющаяся вместе с симптомом, является первичной выгодой, которую приобретает человек. Чем больше болезнь длится, тем она как бы срастается с человеком: приобретает самостоятельное существование, заключает некий союз между собой и дру-

гими сторонами психики, становится своего рода инстинктом самосохранения и развивает вторичную функцию, поддерживающую ее существование. К первоначальной выгоде от болезни добавляется то, что применительно к неврозу З. Фрейд назвал вторичной выгодой.

Вторичные выгоды

Эта вторичная выгода закрепляет наличие болезни, в результате чего, несмотря на все жалобы больного по поводу переносимых им страданий, он внутренне не готов расстаться со своим заболеванием и оказывает всяческое сопротивление выздоровлению. Пациенты неосознанно пользуются выгодой от болезни. Она усиливает их защитные функции, связанные с бегством от реального мира. В своем докладе на II Конгрессе психоаналитиков в Нюрнберге в 1910 г. З. Фрейд заметил, что неврозы «имеют свою биологическую функцию, как меры предосторожности, и свое социальное оправдание; их “выгода от болезни” не всегда чисто субъективна». Однако, будучи действенной, подобная выгода оказывается на самом деле сомнительной с точки зрения нормального функционирования индивида. Во всяком случае она является такой выгодой, которая поддерживает само заболевание и в этом смысле оборачивается не чем иным, как вредом, не только усугубляющим психическое состояние больного, но и наносящим урон обществу. Обращая внимание на это обстоятельство, Фрейд замечал: «Выгода от болезней при неврозах, в общем, и в конце концов, вредна как для отдельного больного, так и для общества».

Вторичные выгоды становятся одним из основных препятствий на пути выздоровления. В психологии и психиатрии есть термин «психологическая реверсия» — вызывается самозащитой, негативным мышлением, которое находится в подсознании и поэтому не осознается. Он обозначает обращение инстинктов, мотивов и подсознательных установок в противоположные по знаку. Пациент заявляет и даже думает, что он хочет выздороветь, но в глубине души он этого совершенно не желает и подсознательно сопротивляется лечению — саботирует выздоровление. Пациент всячески избегает работы над собой, либо прodelывает ее сугубо формально, с целью убедиться в невозможности своего оздоровления.

Некоторые пациенты настолько срастаются со своей болезнью, что выздоровление для них может означать утрату своей личности, своей

уникальности. Для таких людей болезнь становится способом и образом жизни.

Вторичная выгода от болезни — достаточно сложный феномен. В нем могут проявляться как признаки манипулятивного поведения, так и бессознательных стремлений удовлетворить подавленные, фрустрированные потребности (например, потребность в любви, самоуважении, внимании). Элементы вторичной выгоды от болезни различаются по степени осознания. Совокупность представлений о себе в роли больного как составная часть «образа Я» осознается полностью, в то время как потребности, которые пациент стремится удовлетворить, находясь в болезни, могут как осознаваться, так и нет.

2.3.9.2. Второй психотип

Психологические основы такие же, как у пациентов первого типа, — выгода болезни. Различие в том, что пациенту выгоден процесс лечения или процесс обследования. Сознательно или подсознательно пациент не хочет быть больным, так же как быть здоровым, он не задумывается об этом. Здесь важен момент нахождения в процессе, обозначим его как *действие в процессе*. Пациент идентифицирует себя относительно процесса своих действий. Когда пациент находится в процессе действий, у него возникает чувство наполненности, собственной значимости и смысла жизни. Пациент так сильно увлечен процессом, что не в состоянии оценивать результативность своих действий. По факту, такое состояние можно обозначить как имитация бурной деятельности, не приводящая к результату. Хотя для личности, относящейся к данному типу, результат не только не важен, он изначально не обозначен.

Основные группы психических процессов

Все психические процессы разделяют на две основные группы:

Специфические, или собственно познавательные, процессы, которыми являются ощущение, восприятие и мышление. Результат этих процессов — знание субъекта о мире и о себе, полученное либо с помощью органов чувств, либо рационально:

- ощущение — это выделение свойств предмета, сенсорика, чувственность;

- восприятие — это восприятие предмета в целом, а также перцепция — восприятие изображения, объектов;
- мышление — это отражение отношений между предметами, их существенных для познания свойств [111].

Неспецифические, т.е. универсальные, психические процессы — память, внимание и воображение. Эти процессы называют также сквозными, в том смысле, что они проходят сквозь любую деятельность, обеспечивают ее осуществление. Универсальные психические процессы являются необходимыми условиями познания, но не сводятся к нему. Благодаря универсальным психическим процессам познающий, развивающийся субъект имеет возможность сохранять единство «своего Я» во времени:

- память позволяет человеку удерживать прошлый опыт;
- внимание помогает извлекать актуальный (настоящий) опыт;
- воображение прогнозирует будущий опыт [33].

В нашем случае психический процесс действия, это, с одной стороны, познавательный процесс, с другой стороны, процесс воображения. Личность неосознанно создает ситуации, необходимые для своей же идентификации. Человек получает обратную связь не от реального мира, а от придуманного им же самим. Автор книги видит этот психологический процесс действия как процесс, в котором индивид осознает себя через мнимую реальность.

Вторичными выгодами для пациентов второй группы могут быть самооценność, значимость своего присутствия, доказательство своей состоятельности, чувство собственной важности.

2.3.9.3. Третий психотип

Третий психотип — это группа результата. Таким пациентам для осознания себя бывает достаточно пройти от 1 до 3 сеансов, и им важно быть здоровыми. Они нацелены на результат, только не знают, как его достичь. Задачей терапевта является определение вектора действий, обозначение приоритетов, технический инструктаж работы со своим телом.

Определяя себя к тому или иному психотипу (предложенному автором), пациент начинает видеть те моменты, которые не давали ему возможности прийти к заветному результату, — здоровье. Честный взгляд пациента в себя, без навязанных извне ярлыков является одним из

ключевых элементов данной методики. Проживая новое знание о себе, пациент делает самостоятельный выбор, в сторону чего ему двигаться дальше, в сторону результата (здоровья) или в сторону процесса.

Такой подход позволяет терапевту довольно быстро снять сопротивление пациента и подготовить его к принятию бессознательного. У пациента не возникает ощущения, что кто-то насильственно пытается нарушить его личностные границы. Пациент убежден, что он управляет процессом, и поэтому с готовностью вовлекается в процесс оздоровления. Именно такой эффект необходим для комфортного изменения сознания, когда изменение парадигм не является болезненным процессом, а происходит как нечто само собой разумеющееся.

2.4. Принцип висцеральной терапии (мануальной терапии)

В первой главе была описана концепция висцеральной терапии. В настоящей главе рассматриваются принципы и описывается техника выполнения этого метода.

А.Т. Огулов — разработчик системы уникальной старорусской методики мануальной терапии внутренних органов и автор книги «Азбука висцеральной терапии или висцеральная хиропрактика в старорусской медицине, или Мануальная терапия внутренних органов по методу Огулова» [107].

2.4.1. Зоны Захарьина—Геда

В этой книге представлены зоны — проекции внутренних органов на теле человека, основанные на зонах Захарьина—Геда (Г.А. Захарьин, русский терапевт, 1829—1897; Генри Гед (sir Henry Head) английский невропатолог, 1861—1940) — определенные области кожи, в которых при заболевании внутренних органов часто появляются отраженные боли, а также болевая и температурная гиперестезия. Впервые диагностическое значение этих зон оценил Г.А. Захарьин (1889), а детальное описание дал Г. Гед в 1893—1896 гг. Границы этих зон соответствуют, по данным Г. Геда, дерматомам — корешковому распределению кожной чувствительности. Возникновение зон Захарьина—Геда связано с иррадиацией раздражений, получаемых от пораженного внутреннего органа и про-

водимых через идущие от него нервные волокна на спинальные центры, в которых эти волокна оканчиваются. Возникающее таким образом возбуждение спинальных центров проявляется проецированием болей (и гиперестезией) в те кожные области, которые иннервируются соответствующими этим центрам корешками. Так, например, заболевание прямой кишки вызывает раздражение в вегетативных волокнах, оканчивающихся в области II—IV крестцовых сегментов спинного мозга; раздражение серого вещества указанных сегментов проявляется проекцией болей (и гиперестезией) в кожные области, иннервируемые II—IV крестцовыми корешками, т.е. в области промежности.

Вопрос о механизме возникновения зон Захарьина—Геда не может считаться окончательно решенным. Видимо, помимо спинальных механизмов, здесь существенную роль играют и высшие уровни центральной нервной системы, включая кору больших полушарий мозга, а также аксон-рефлекторные механизмы. Для выявления зон Захарьина—Геда и для установления их границ используют несколько методов.

1. Исследователь слегка зажимает между большим и указательным пальцами и немного приподнимает кверху кожу и подкожную клетчатку в исследуемой области; при отсутствии патологии соответствующего внутреннего органа манипуляция эта безболезненна, при наличии патологии отмечается более или менее сильная боль.

2. Наносят легкий укол булавкой, заходят в область зон Захарьина—Геда, соответствующей пораженному внутреннему органу, при этом возникает болевое ощущение.

3. Прикасаются к коже в области зон Захарьина—Геда теплой мокрой губкой или пробиркой, наполненной теплой водой, при наличии патологии соответствующего органа отмечается боль и жжение.

Установлены соотношения между внутренними органами и сегментами кожной иннервации (рис. б): легкое — III—IV шейные, а также II—V грудные сегменты; сердце — III—V шейные, I—VIII грудные, преимущественно слева, иногда с двух сторон; пищевод — в основном V, а также VI—VIII грудные; молочная железа — IV и V грудные; желудок, поджелудочная железа — VII—IX грудные, обычно с двух сторон; кишечник — IX—XII грудные с двух сторон или только слева; печень — III—IV шейные, VIII—X грудные справа, желчный пузырь — преимущественно VIII и IX грудные, а также V—VII грудные; почка — преимущественно X грудной, а также XI и XII грудные,

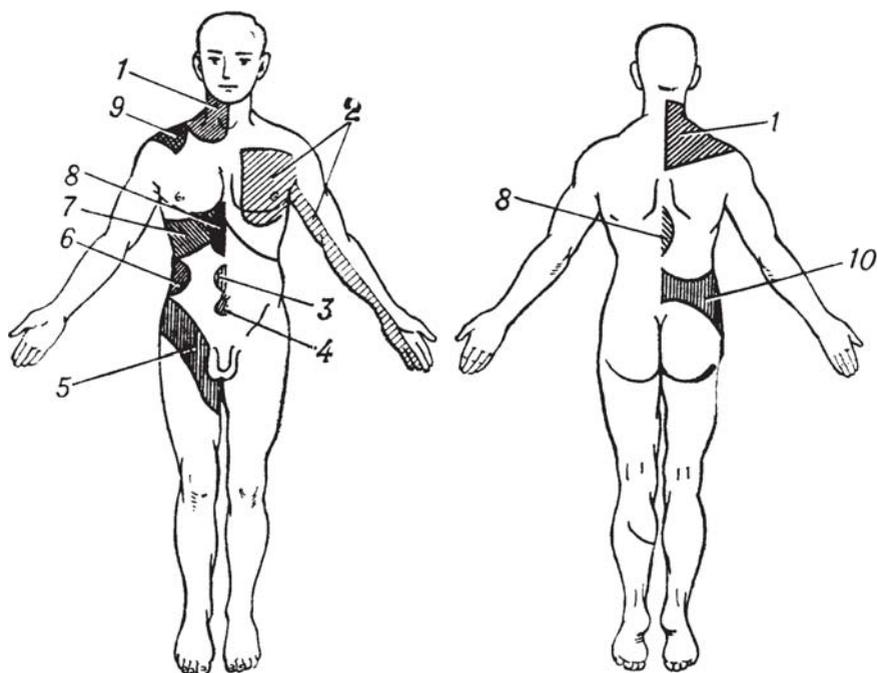


Рис. 6. Расположение на туловище и конечностях некоторых зон Захарьина—Геда, в которых может появляться отражённая боль при ряде заболеваний внутренних органов:

1 — лёгких и бронхов; 2 — сердца; 3 — кишечника; 4 — мочевого пузыря; 5 — мочеточника; 6 — почек; 7 и 9 — печени; 8 — желудка, поджелудочной железы; 10 — мочеполовой системы

I поясничный; мочеточник — XI и XII грудные, I поясничный; яички — X грудной; придаток яичек — XI и XII грудные; мочевой пузырь — XI и XII грудные, I поясничный, а также III—IV крестцовые; простата — X и XI грудные, а также I—III и V крестцовые; яичник — X грудной; маточная труба — XI и XII грудные; шейка матки — XI и XII грудные и I—IV крестцовые; тело матки — X грудной, I поясничный.

Зоны Захарьина—Геда при заболевании внутренних органов обнаружены также в области головы. Боли в лобно-носовой области соответствуют поражению верхушек легких, желудка, печени, устья аорты (соответствующие спинальные зоны: III и IV шейные сегменты); боли

в среднеглазничной области — поражению легких, сердца, восходящей аорты (II, III и IV грудные сегменты); в лобно-височной области — поражению легких и, может быть, сердца (V—VI грудные сегменты); в височной области — поражению нижних долей легких, сердца, кардиальной части желудка (VII грудной сегмент); боли в теменной области — поражению привратника и верхней части кишечника (IX грудной сегмент); боли в затылочной области — поражению печени, толстой кишки, яичников, яичек, маточных труб, матки, мочевого пузыря (X, XI, XII грудные сегменты).

Устанавливая зоны болей и гиперестезии и сопоставляя их границы с приведенной схемой зон Захарьина—Геда, можно сделать предположение о том, какой внутренний орган в данном случае поражен. Однако показания больного субъективны, а гиперестезия одних и тех же зон может встречаться при заболеваниях различных органов. Большие затруднения вызывает так называемая генерализация висцеральных раздражений, отмеченная еще Г. Гедом и часто нарушающая строгость его схемы: боль в результате заболевания данного внутреннего органа может при известных условиях локализоваться в зоне, соответствующей совсем иному органу. В связи с этим метод является сугубо вспомогательным.

Значительный интерес представляют попытки использовать зон Захарьина—Геда не только в целях диагностики, но и в целях терапии путем воздействия с этих зон на состояние соответствующих внутренних органов — рефлексотерапия [61].

«Азбука висцеральной терапии или висцеральная хиропрактика в старорусской медицине, или Мануальная терапия внутренних органов по методу Огулова» является руководством и технической инструкцией по висцеральной терапии, написанной для широкого круга читателей, поэтому цитируется с некоторыми правками и уточнениями автора книги.

2.4.2. Взаимосвязи внутренних органов

Основную массу заболеваний врачеватели лечили, основываясь на определенных взаимосвязях, возникающих во внутренних органах в период болезни. Эти взаимосвязи отражены графически в виде двух кругов с ответвлениями от них. Круги соединены между собой линией. Два круга с ответвлениями соединены и заключены в общий круг, условно обозначающий центральную нервную и эндокринную системы.

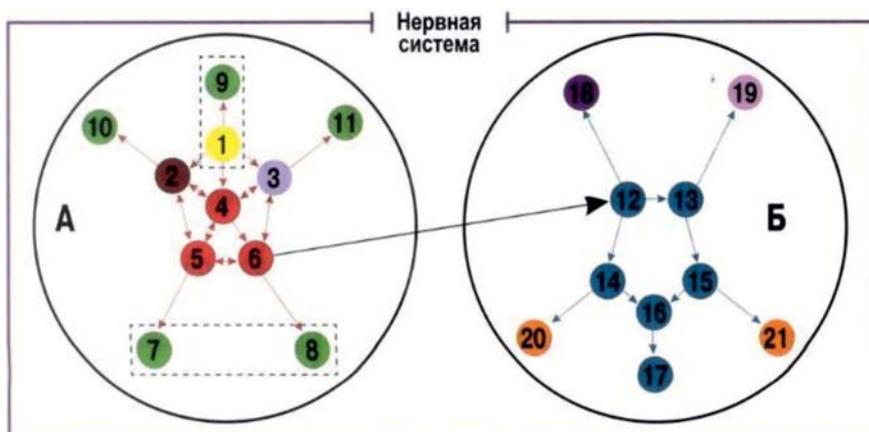


Рис. 7. Взаимосвязи внутренних органов

Каждый круг с цифрой обозначает конкретный орган, цифра — это порядковый номер органа в цепочке развития патологии, стрелки обозначают направление возникающих нарушений в организме. Номера, присвоенные этим кружочкам, указывают не только на последовательность распространения болезни, но и на последовательность стимуляции органов. Внешне круги и кружочки со стрелками напоминают двух человечков, один из которых «А» стоит на ногах, а другой «Б» на голове (рис. 7). Взаимосвязи типа «А», основываясь на наблюдениях, свойственны людям с темным цветом глаз, типа «Б» — со светлым. Наиболее объемный и представительный круг взаимодействий «А» (человек, стоящий на ногах). Это самая распространенная взаимосвязь на общее количество пациентов. Кроме того, круг «А» на определенном этапе развития нарушений во внутренних органах способствует возникновению второго круга взаимодействий «Б» (человечка, стоящего на голове). Первый круг при развитии нарушений в органах замыкается на нисходящем отделе толстого кишечника, после чего эстафета развития нарушений «передается» левой почке, с которой начинает развиваться второй круг.

Необходимо отметить время, когда эта система использовалась и получила первоначальное развитие. Еще 100 лет назад человечество не было отравлено химией, радиоактивностью, синтетической лекарственной терапией, нарушенной экологией и т.д. Закономерности взаимосвязей проявлялись более четко, взаимодействие, основанное на учете

органных нарушений, было более жестким, и лечение, можно предположить, было более быстрым и успешным. Современному хиропрактику (автор книги считает, что слово «терапевт» более уместно, если слово «хиропрактик» не употребляется в контексте истории. Далее по тексту слова будут заменены) все вышеперечисленные факторы усложняют работу, поскольку они «смазывают» картину, нарушают взаимосвязи и пр. Это требует от терапевта глубоких знаний во многих разделах медицины, взаимодействия с другими направлениями и методами, как вспомогательными средствами, позволяющими более полно решить проблему восстановления здоровья пациента. Рассмотрим цифровые обозначения в кругах взаимодействий, показанные на рисунке 7.

2.4.3. Первый круг взаимодействий (а)

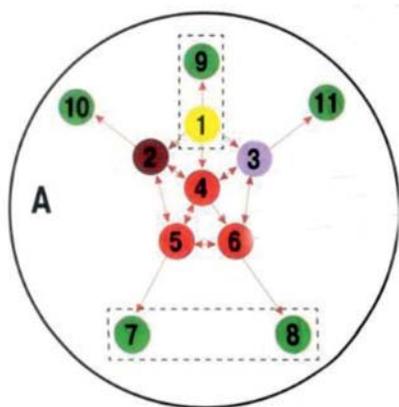


Рис. 8. Первый круг взаимодействий (а)

Круг взаимодействий «А», составлен из следующих внутренних органов:

1 — **желчный пузырь** — орган, с которого врачи начинали работу по терапии внутренних органов;

2 — **печень**, особенно левая (верхняя) ее доля, находящаяся в прямой зависимости от состояния желчного пузыря;

3 — **поджелудочная железа**, которая в представлении хиропрактиков составляла единое целое с желчным пузырем;

4 — **восходящий отдел толстого кишечника** (область илеоцекального клапана);

5 — **нисходящий отдел толстого кишечника** (область сигмовидной кишки);

6 — **тонкий кишечник**;

7 и 8 — **половая система** (у женщин — левый и правый придатки, у мужчин — нарушение, связанное с кровообращением в малом тазу, дисфункция предстательной железы, снижение потенции);

- 9 — желудок;
- 10 — селезенка;
- 11 — суставы (коленные, тазобедренные, голеностопный).

2.4.4. Органы круга взаимодействий и свойственные им проявления

2.4.4.1. Желчный пузырь

Желчный пузырь (владыка и управитель организма), в схеме взаимодействий обозначенный 1, выполняет роль главенствующего органа. В круге «А» он считается ключевым, и без нормализации его функции схема лечения считается мало эффективной, поэтому работа по восстановлению взаимодействий в первом круге начинается именно с желчного пузыря.

Специфика развития нарушений в желчном пузыре, по наблюдениям врачей, выражается определенными закономерностями, дающими картину последовательности развития болезней внутренних органов. Для облегчения рассмотрения определенных закономерностей можно использовать пример стрессовой ситуации, проследить взаимодействие органов и их проекционных зон.

Наличие стресса вызывает реакцию со стороны желчного пузыря. Проявляется это болью либо появлением ощущения тяжести, дискомфорта в правом подреберье. Если эти симптомы отсутствуют, то болезненность возникает при надавливании на область подреберья. Это связано, возможно, с возникновением спазмов желчных протоков, и прежде всего со спазмом сфинктера Одди (сегодня есть разногласия по поводу того, является ли это место соединения мышц сосудов и стенки кишечника сфинктером или же это анастомоз), либо с венозным застоем. Что в свою очередь приводит к нарушению оттока желчи из желчного пузыря с образованием застойных и воспалительных явлений и инфицированию его.

В большинстве случаев нарушение оттока желчи сопровождается появлением запоров, а иногда расстройствами живота («медвежья болезнь»). Одновременно с этим нарушением на теле человека начинают проявляться проекционные зоны, в них появляется болезненность, пигментация, прыщи и т.д. Угол, образованный грудинно-сосцевидной мышцей и ключицей, при пальпаторном исследовании становится болезненным.

На спине пациента между правой лопаткой и позвоночником на уровне грудных позвонков Th2—Th4 определяется рефлекторная зона с повышенными мышечными тонусами и болевой чувствительностью (приложение 5).

На предплечье левой руки проявляется болезненный участок, указывающий на нарушенное состояние желчного пузыря (приложение 1).

Лицо пациента с повышенной кожной чувствительностью покрывается прыщами либо краснеет в области висков. У некоторой группы пациентов нарушение работы желчного пузыря сопровождается возникновением головной боли височной локализации с тошнотой, иногда болью в коленных суставах (чаще у детей и женщин).

Язык пациента покрывается налетом с желтым оттенком. В некоторых случаях во рту появляются язвочки, возникает предрасположенность к стоматитам. Наблюдается появление горечи после приема пищи, особенно после жирной.

Этап исследования заключается также в осмотре основных зон желчного пузыря, которые находятся на правой передней наружной поверхности голени.

Зона разделяется на три части. Начинается от наружной лодыжки и до ямки, образованной проксимальной головкой большеберцовой кости. Причем эта зона представляет собой как бы длину желчного пузыря вместе с желчевыводящим протоком, что дает возможность проконтролировать ход лечения и одновременно расшифровать характер процесса в желчном пузыре:

- если болезненность при пальпации только в нижней трети участка, то это указывает на воспаление желчевыводящих протоков;
- участок голени, который будет отделять нижнюю треть от средней части, будет принадлежать сфинктеру Одди;
- болезненность при пальпации двух верхних отрезков указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре, причем верхняя треть проекции будет относиться к конечной части (телу и дну) пузыря.

Чаще всего пациенты, имеющие нарушения в работе желчного пузыря, жалуются на боль в этой области спины и обычно такую боль обозначают как остеохондроз. Однако, как показывает практика, правильно выполненные обдавливания желчного пузыря приводят к исчезновению боли или значительному ее притуплению, чего не достигается

ни мануальной терапией позвоночника, ни массажем, хотя временное улучшение после таких процедур наблюдается.

Осторожность при терапии должна быть в случае полного возбуждения рефлекторной зоны желчного пузыря на правой голени и на спине с правой стороны. В этом случае можно предположить, что имеет место воспалительный процесс с застойным явлением в желчном пузыре, с присутствием песка или камней, конечно, при условии, что болезненность зон выражена длительно.

Физиологическая роль желчного пузыря в организме человека

Рассмотрение физиологии желчного пузыря начнем с упоминания о Гиппократе, который в свое время указывал на желчный пузырь как на орган, занимающий огромное место в жизнедеятельности всего организма. В системе старорусской внутренней терапии этот орган ставился на одно из ведущих мест в оздоровлении и был отправной точкой в работе с внутренними органами. Другим, более современным языком можно сказать без преувеличения, что он является дирижером в работе внутренних органов.

Рассмотрим роль желчного пузыря с позиций современной физиологии. Функция желчевыводящей системы регулируется нейрогуморальной системой организма и зависит от функционального состояния соседних органов.

Желчь относится к пищеварительным сокам. Однако она выполняет и выделительную функцию, так как с ней выводятся из крови разные экзо- и эндогенные вещества. Желчь активирует и повышает активность ферментов панкреатического сока поджелудочной железы, и прежде всего липазы. Ее влияние на переваривание белков, жиров, углеводов осуществляется не только путем активации ферментов поджелудочной железы и кишечного сока, но и непосредственным участием в этом процессе с помощью собственных ферментов (табл. 6).

Желчные кислоты играют огромную роль в усвоении жиров. Они эмульгируют нейтральные жиры, разбивая их на мельчайшие капельки, в результате чего увеличивается поверхность их соприкосновения с ферментами, облегчается расщепление жиров, повышается активность поджелудочной и кишечной липазы.

Желчь необходима для всасывания жирных кислот и, следовательно, жирорастворимых витаминов А, Д, Е, К.

Основные функции желчи [16]

<p>1) Роль в пищеварении:</p> <p>а) эмульгирование жира;</p> <p>б) растворение продуктов гидролиза;</p> <p>в) активация панкреатических и кишечных ферментов;</p> <p>г) регуляция моторики и секреции тонкого кишечника;</p> <p>д) регуляция секреции поджелудочной железы;</p> <p>е) нейтрализация кислой среды и инактивация пепсина</p>
<p>2) Экскреция эндобиотиков (билирубина, порфиринов, холестерина, стареющих белков) и ксепобиотиков (лекарств, тяжелых металлов, токсинов)</p>
<p>3) Обеспечение иммунитета в кишечнике (секреция иммуноглобулина А)</p>

Желчь усиливает сокоотделение поджелудочной железы, повышает тонус и стимулирует перистальтику кишечника (двенадцатиперстной кишки и толстого кишечника), принимает участие в пристеночном пищеварении.

Она оказывает бактериостатическое действие на кишечную флору (микробиом), предупреждая развитие гнилостных процессов. Нужно отметить интересное наблюдение, что у людей, которым удалили аппендикс, желчный пузырь имеет нарушенную функцию.

Желчь нейтрализует соляную кислоту, поступающую из желудка в тонкий кишечник.

По данным восточной медицины, отмечается рефлекторная связь работы желчного пузыря с головной болью, локализующейся в височной области, с чувством тошноты, сухости и горечи во рту. В некоторых случаях народные врачеватели, улучшая функцию желчного пузыря, избавляли пациента от головной боли, а также, по сведениям из некоторых источников, да и по собственным наблюдениям А.Т. Огулова, от такого заболевания, как эпилепсия, в случаях, когда приступ эпилепсии начинался с головной боли височной локализации и тошноты.

Восточная медицина отмечает, что любое застойное явление в организме вызывает его отравление. Если учитывать значение желчного пузыря, то можно сказать, что нарушение его нормальной деятельности приводит к катастрофическим нарушениям в организме, срыву пище-

варения и отравлению и как следствие к ухудшению качества и сокращению продолжительности жизни.

Патология желчного пузыря приводит также к разрушению суставов. В частности, прослеживается четкая взаимосвязь между дисфункцией желчного пузыря, коленных и тазобедренных суставов. Наблюдения показывают, что существует даже определенная последовательность развития патологий. На начальном этапе ослабления деятельности желчного пузыря появляется хруст в коленных суставах при сгибании (приседания), затем боли при движении, особенно при нагрузке, а в последующем появляются характерные скрипы и стуки в суставных сумках.

Конечно, было бы неправильным считать, что артроз коленных и тазобедренных суставов связан только с желчным пузырем. Здесь имеет место общее нарушение обмена веществ, развивающееся в организме. Но лидирующую роль в этом нарушении, несомненно, играет функциональное состояние желчного пузыря.

Причины, вызывающие нарушение в работе желчного пузыря

К причинам нарушения функции желчного пузыря ряд современных авторов относят сильные отрицательные эмоции, которые, воздействуя на иммунную систему и другие системы организма, ослабляют его и создают благоприятную почву для развития многих заболеваний. Этот фактор стоит на первом месте среди причин, вызывающих заболевание. Нервная система, по данным физиологии, при стрессовых ситуациях вызывает торможение оттока желчи из желчного пузыря и образование в нем застойных явлений. При длительных стрессовых ситуациях нарушение функционирования сопровождается ослаблением его сократительной способности, образованием застойных явлений в нем, и как следствие возникает сгущение желчи. Желчь становится концентрированной, происходит разъедание слизистой внутренней поверхности пузыря и возникает воспалительный процесс.

Развивается атонический процесс желчного пузыря, связанный с «детренированностью» мышечной группы, что приводит к образованию осадочных структур в форме песка или камней.

С.П. Боткин, говоря о клинике дискинезии желчных путей и хронического холецистита, указывал на факты возникновения «эмоциональной желтухи», вследствие психической травмы людей. В его работах

имеют место описания калькулезных холециститов, которые стимулируют стенокардический синдром или инфаркт миокарда.

Дискинезии желчевыводящих путей, как результат длительного спазма сфинктера Одди, по наблюдению многих современных клиницистов, весьма часто связаны с тяжелыми душевными переживаниями, страхом, раздражительностью.

Также важным фактором считается:

- семейная предрасположенность, или наследственный фактор;
- нарушение двигательной активности;
- нарушение режима питания и его сбалансированность;
- значительное место в развитии нарушений занимают перенесенные инфекционные заболевания печени и желудочно-кишечного тракта.

2.4.4.2. Печень — второй орган первого круга взаимодействий.

Орган, который прямо зависит от функции желчного пузыря. В круге взаимодействий обозначается цифрой 2. Нарушения в работе печени, как показывает практика, наиболее часто начинают проявляться с ослабления функции ее левой (верхней) доли.

Продавливая область правого подреберья в эпигастральной области, где расположена левая доля печени, пациент чувствует боль, которая также является одним из признаков нарушения в работе желчного пузыря.

Одновременно на спине пациента, между правой лопаткой и позвоночником, на уровне позвонков Th4—Th6 (паравerteбральная область), возникает зона с мышечным гипертонусом, имеющая повышенную болевую чувствительность (приложение 5).

На лице пациента между бровей над переносицей кожа реагирует покраснением, появлением прыщей, пористостью (приложение 3).

На языке нарушение функции левой доли печени выражается в появлении сосочков красного цвета по правой его стороне, при более глубоких нарушениях красные сосочки проявляются и по левой стороне языка. Красные сосочки могут быть проявлены на фоне желтого или белого налета на языке, иногда язык имеет ярко-красную окраску.

Представительство печени, так же как и представительство желчного пузыря, выражено в нижней части предплечья левой руки участ-

ком с повышенной чувствительностью при пальпаторном исследовании надкостницы (приложение 1) порядковым номером 4.

При дальнейшем развитии заболевания, когда ухудшается функция других органов, можно наблюдать покраснение склеры глаз пациента.

При длительных хронических нарушениях в печени наблюдается снижение остроты зрения. Можно предположить существование взаимосвязи левой доли с левым глазом, правой с правым.

Длительное нарушение в печени часто сопровождается изменениями большого пальца правой ноги. Иногда это выражается деформацией сустава, болезненностью при движении или при пальпаторном воздействии. Часто ногтевая пластинка на большом пальце ноги теряет свои защитные свойства против бактерий или грибков. В результате поражения она становится пористой, изменяется ее цвет от нормального розового до серого и черного. С наружной стороны пальца наблюдается интенсивный рост кожи (возникают натоптыши).

Нарушение в печени отражается на состоянии челюстных суставов. Возникает расположенность к артрозам, особенно при травматизации или других неблагоприятных условиях. Проявляется закон односторонности: левый челюстной сустав — левая доля, правый — правая.

В некоторых случаях появляется болезненность при пальпации реберной дуги спереди справа над печенью. Это чаще связано с нарушениями в паренхиме печени.

Боль, иррадиирующая в правое плечо, наблюдается при деформации капсулы печени, когда она увеличивается в размерах.

Появление характерных сосудистых звездочек на правом плече или на области правого подреберья указывает на изменение или перерождение ткани печени, то же самое можно отнести к возникновению сосудистых ангиопатий.

2.4.4.3. Поджелудочная железа

По наблюдению врачей, следующим органом, который вовлекается с желчным пузырем во взаимодействие, является поджелудочная железа.

Она является железой внешней и внутренней секреции. В качестве железы внешней секреции она вырабатывает поджелудочный сок, который поступает в двенадцатиперстную кишку и участвует в пищеваре-

нии (содержит ферменты, расщепляющие белки, углеводы и жиры). Внутрисекреторная функция поджелудочной железы состоит в образовании и выделении в кровь гормонов (инсулин, глюкагон). На схеме ей присвоен номер 3.

С некоторым запозданием, или почти одновременно с нарушением в работе желчного пузыря и печени, можно пронаблюдать возникновение рефлекторной зоны поджелудочной железы, находящейся на кисти правой руки, порядковый номер 12 (приложение 2).

На животе человека зона проявляется болью при надавливании на переднюю стенку, находящуюся на отметке, которая определяется сле-



Рис. 9. Топографическое положение поджелудочной железы на животе

дующим образом: средняя линия живота между пупом и мечевидным отростком пациента мысленно делится на три части. Линия раздела между первой и второй частями, если отрезки считать от пупа, будет принадлежать этой контрольной зоне (рис. 9).

Подмечено, если у пациента, лежащего на спине, между мечевидным отростком и пупком будет проходить поперечная складка, образованная кожей живота, то проекционная зона поджелудоч-

ной железы будет находиться в месте пересечения этой складки со средней линией живота. В некоторых случаях складка проходит через пупок или несколько ниже, при этом наблюдается смещение пупка со средней линии живота. Это указывает на опущение желудка и нарушение его пищеварительной функции.

Поверхность языка пациента при глубоких нарушениях становится с фиолетовым оттенком, иногда принимает темную окраску, во рту появляется ощущение сухости, сопровождаемое чувством жажды, учащенным мочеиспусканием.

На левом боку пациента, а именно область 7—8—9 ребер по среднебоковой линии, определяется зона, которая может выражаться в одном случае болью, в другом — усилением восприимчивости к щекотке, что не наблюдается на симметричной зоне с правого бока.

Если у пациента на лице чувствительная кожа, на переносице возможно появление прыщей или покраснений. При прогрессирующей патологии иногда кожа становится пористой.

На левой ноге пациента, с внутренней стороны, на нижней трети четырехглавой мышцы бедра, проявляется зона повышенной чувствительности. В некоторых случаях деформируется большой палец на левой ноге, с боковой поверхности интенсивно наблюдается рост кожи, возникает болезненность сустава этого пальца. Ногтевая пластина пальца зачастую поражается грибком, становится пористой, чернеет, за счет снижения ее биологических защитных свойств.

2.4.4.4. Восходящий отдел толстого кишечника

Следующее звено первого круга, реагирующее на нарушения в работе ранее упомянутых органов, — восходящий отдел толстого кишечника (чаще всего область илеоцекального клапана). Порядковый номер в схеме взаимодействий 4. При развитии нарушений в кишечнике возникают следующие рефлекторные зоны:

- мышечная группа, находящаяся в области поясницы в средней ее части на уровне поясничных позвонков L2—L4 с правой стороны спины, отмечается их болезненная напряженность, вызывающая перекос позвоночника (приложение 5). В некоторых случаях появляется боль в спине или боль иррадирующая в бедро либо голень ноги. Иногда на начальных этапах развития нарушений в спине могут возникать ощущения тяжести, с периодическими прострелами в позвоночник;
- на правой руке, в нижней части предплечья (приложение 2), проявляется зона повышенной чувствительности (порядковый номер 9);
- на предплечье этой же руки, в районе плечелучевой мышцы, наблюдается усиление мышечного тонуса, также сопровождаемое болевым синдромом (рис. 10);



Рис. 10. Диагностика нарушений в восходящей ветви толстого кишечника по предплечью правой руки

- лицо пациента в верхней части лба может реагировать появлением прыщей или покраснений (приложение 3);
- язык покрывается белым густым налетом;
- при надавливании на живот пациента с правой стороны, в нижней части живота (на восходящую ветвь толстого кишечника), он ощущает боль;
- наблюдается вздутие этой части живота, повышенная плотность.

Иногда при пальпации ослабленной стенки живота можно почувствовать спазмированный затвердевший кишечник с каловыми массами. У пациентов могут наблюдаться длительные задержки стула.

2.4.4.5. Нисходящий отдел толстого кишечника

Следующий этап развития болезни согласно кругу взаимодействий — нарушения в левом (нисходящем) отделе толстой кишки. Ее порядковый номер в схеме взаимодействий 5.

По мере развития заболевания наблюдается возникновение следующих зон:

- основная рефлекторная зона возникает на поясничной области средней части спины, на уровне поясничных позвонков L2—L4 с левой стороны (приложение 5). В этом месте появляется болезненный гипертонус мышечных групп;
- на предплечье левой руки (рис. 11) по плечелучевой мышце также возникает гипертонус с болезненным проявлением. Боль ближе к локтевому суставу указывает на нарушение в работе сигмовидной кишки;
- рефлекторная зона появляется и на месте сгиба кисти правой руки (приложение 4);
- спастическое состояние восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки часто сопровождается вздутием кишечника, образования венозного застоя, газов;
- на лице в верхней части лба с левой стороны возникают различные кожные проявления (приложение 3);

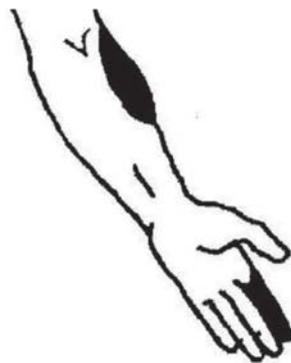


Рис. 11. Диагностика нарушений в восходящей ветви толстого кишечника по предплечью левой руки

Сдавливание органов малого таза кишечником вызывает нарушение кровообращения в нем. Наиболее ярко это проявляется у женщин гинекологическими расстройствами, в частности нарушениями функции придатков и яичников, у мужчин снижением потенции.

По данным, взятым из зарубежных источников, в 40 случаях из 100 причиной смерти «от сердца» становится вздутый кишечник. За счет вздутия кишечника его объем увеличивается и ведет за собой поднятие диафрагмы, которая поддавливает перикард, сердечная ось наклоняется, положение сердца меняется, что приводит к сбою в его работе, углы входящих и выходящих сосудов соответственно меняются и ведут к нарушению кровотока в целом по организму. Иногда вздутие толстого кишечника вызывает нарушение дыхательной функции легких.

Первый круг замыкается нисходящим отделом толстого кишечника, далее рассматриваются вне круговые взаимосвязи органов.

2.4.4.6. Тонкий кишечник

Нарушение в работе тонкого кишечника в схеме взаимодействий условно обозначено цифрой 6 и, можно сказать однозначно, связано с отклонениями в работе желчного пузыря, поджелудочной железы, печени и толстого кишечника. Рефлекторные зоны, указывающие на развитие патологического процесса:

- в нижней части поясничного отдела, в мышечных структурах, на уровне позвонков L4, L5, между рефлекторной зоной толстого кишечника и гребнем подвздошной кости (приложение 5);
- на левой руке, в районе предплечья на запястье (приложение 1);
- на лице пациентов, имеющих чувствительную кожу, прыщи или покраснение нижней части лба (приложение 3);
- нарушение, связанное с тощей кишкой, проявляется болезненностью наружного края нижней челюсти;
- нарушения в двенадцатиперстной кишке выражаются кровотечением из десен передних зубов (в частности язва луковицы);
- при образовании спаек и воспалений в тонком кишечнике вокруг пупка проявляется болезненное уплотнение, выявляемое пальпацией;
- появляются рези и боли в области пупа, иногда это сопровождается потерей сознания, бледностью лицевых и кожных покровов.

2.4.4.7. Половые органы

В первом круге взаимодействий можно увидеть взаимосвязь патологических нарушений в толстом кишечнике с половой системой. Половая система в круге «А» обозначается номерами 7 и 8. При ее нарушении возникают рефлекторные зоны:

- от внутренних лодыжек вверх по большеберцовой кости (приложение 5). У женщин от лодыжки вверх на ширину ее собственной ладони — информация о придатках, следующий участок голени вверх на такую же величину — о яичниках.
- болезненность этих участков на ногах у мужчин свидетельствует о воспалительных поражениях предстательной железы;
- информацию о половых расстройствах дают рефлекторные зоны, на внутренней поверхности бедер, в их средней части;
- на правой руке представительство половых органов располагается в верхней части предплечья (приложение 2);
- кожа на лице женщины при гинекологических расстройствах реагирует появлением прыщей или покраснений на подбородке (приложение 3), причем правая часть подбородка соответствует правому придатку и яичнику, левая — левому.

Покраснение или появление крупных пор в центре подбородка в некоторых случаях свидетельствует о нарушениях в матке;

- на кончике языка при расстройствах половых органов может наблюдаться покраснение или появление красных сосочков;
- в нижней части плеча левой и правой руки, на границе раздела второго и третьего отрезков, по наружной средне-боковой линии, указывает на снижение половой потенции.

2.4.4.8. Желудок

Представительство желудка в схеме взаимодействий обозначено цифрой 9. Желудок вынесен из общего круга, тем не менее он связан с работой желчного пузыря.

Не исключается отравление или травмирование его слизистой оболочки грубой пищей, поступающей извне, поэтому глубокой зависимости от желчного пузыря и других органов не прослеживается, однако состояние слизистой желудка зависит от состояния слизистой луко-

вицы двенадцатиперстной кишки, состояние которой, в свою очередь, контролируется работой желчного пузыря [25].

Желудочные нарушения проявляются возникающими рефлекторными зонами:

- областью с повышенной чувствительностью при пальпаторном исследовании головки лучевой кости на правой руке (приложение 2);
- область грудинно-ключично-сосцевидной мышцы с правой стороны шеи, отражающая нарушения по большой кривизне желудка. Место прикрепления мышцы к ключице соответствует пилорическому отделу, место прикрепления мышцы к черепу — входу пищевода в желудок (приложение 3);
- около остистых отростков на уровне Th2—Th3 справа — малая кривизна желудка;
- губы на лице — также зоны желудка. Нижняя губа — большая кривизна, верхняя — малая, трещины или заеды в уголках рта указывают на нарушения в пилорическом отделе желудка;
- гастриты проявляются болями в эпигастральной области живота, иногда болезненностью только при пальпаторном исследовании. На гастриты указывают появившиеся крупные «веснушки» на тыльной стороне руки;
- язва желудка нередко сопровождается появлением боли по остистым отросткам Th10, Th11, Th12 — грудного отдела позвоночника;
- плечевая кость на границе между нижней третью ее длины и второй по среднебоковой линии плеча — болезненность зоны указывает на плохое пищеварение в желудке или снижение потенции у мужчин и у женщин.

2.4.4.9. Суставы

В схеме взаимодействий они обозначены номером 11. Взаимосвязь суставов с кругами взаимодействий прослеживается при первых признаках нарушений функции желчного пузыря, когда ослабляется работа левой доли печени и поджелудочной железы. Одновременно с этим возникают зоны соответствия на ногах, указывающие на начальные симптомы нарушения в работе коленных, тазобедренных, и на более позд-

них этапах — голеностопных суставов. Начальные признаки нарушений в них — это возникновение хруста при сгибании.

Зоны, указывающие на нарушения в коленных суставах, расположены в нижней части бедра на внутренней его стороне, начинаются от места прикрепления внутренней боковой связки вверх. При возникновении патологических нарушений в коленях зоны начинают распространяться вверх по внутренней поверхности бедер (приложение 5).

Практика показывает, что чем выше по бедру распространяется рефлекторная зона, тем глубже степень нарушения в суставных поверхностях коленных суставов. Одновременно наблюдается возникновение болезненности мест прикрепления крестообразных связок суставов, определяемое при пальпаторном исследовании со стороны подколенных ямок (приложение 4).

Нужно отметить, что нарушение в коленных суставах идет неравномерно. Чаще пациенты жалуются на боли в правом суставе, затем, через некоторый промежуток времени, появляются жалобы на левый сустав.

Особенно часто это проявляется у детей, даже незначительное отклонение в функции желчного пузыря вызывает у них как бы беспричинную боль в правой голени, коленном суставе, и продавливание желчного пузыря в это время дает полное устранение такого недоразумения.

Нарушения в тазобедренных суставах (если они не травматического характера) возникают после появления нарушений в коленных, которые также развиваются по определенной схеме, а именно — правый тазобедренный сустав, затем левый. Все это контролируется возникающими зонами болей в суставной сумке при пальпаторном исследовании.

Возникающие боли, скрипы, стуки, люфты при движении бедра — это более глубокие проявления нарушений. Как еще один дополнительный контроль этого — появление болезненности по наружной боковой средней линии бедра по направлению от головки бедренной кости вниз (приложение 4).

Конечно, все это имеет место в правом и левом тазобедренном суставе, но степень нарушения в большинстве случаев преобладает в правом суставе.

На первых этапах боль обнаруживается только при исследовании наружной стороны бедра, вокруг головки бедренной кости, но по мере развития патологии — с внутренней, со стороны паховой складки.

Последовательность нарушения в суставах, естественно, изменяется при травматическом артрозе.

При недалеко зашедших процессах развитие артроза приостанавливается или ликвидируется путем нормализации работы желчного пузыря.

2.4.4.10. Селезенка

Этому органу в кругу взаимодействий отводится число 10. Четкой зависимости от патологии других органов на практике не прослеживается, поэтому селезенка, как и желудок, вынесена из круга «А». Селезенка имеет прямую сосудистую связь с левой долей печени и поэтому, как правило, наблюдается нарушение ее функции при выраженных патологиях со стороны печени. Иногда функциональное состояние селезенки изменяется при нормальном функционировании печени и других органов пищеварения. Поэтому при постановке диагноза и выборе подхода к лечению лучше всего ориентироваться на собственные рефлекторные зоны селезенки.

Одна из них располагается в области левого плеча (капсула селезенки).

Проекционная зона, отражающая изменения в паренхиме селезенки, расположена по левой реберной дуге спереди над селезенкой (приложение 4).

В некоторых случаях длительные нарушения в функционировании селезенки вызывают деформацию большого пальца левой ноги или болезненность его суставов.

Другими дополнительными признаками отклонений в работе этого органа являются влечение пациента к дурным запахам и частые носовые кровотечения.

2.4.5. Второй круг взаимодействий органов

Второй круг взаимодействий «Б» изображен на рисунке 11 «Б», где:

Второй круг взаимодействий начинается с левой почки, пронумерованной цифрой 12, нарушение в почке возникает с венозного застоя

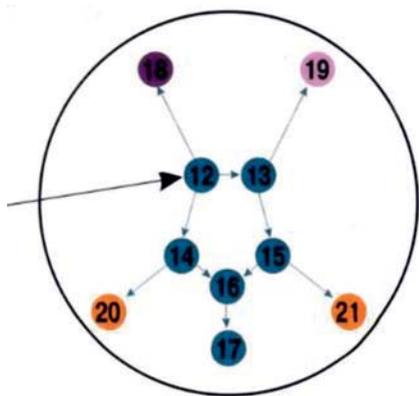


Рис. 12. «Б» второй круг взаимодействия: 12 — левая почка; 13 — правая почка; 14 — левый мочеточник; 15 — правый мочеточник; 16 — мочевой пузырь; 17 — предстательная железа; 18 — сердце; 19 — респираторная система; 20 — правое ухо; 21 — левое ухо

находится (лежит) на почках и почечных сосудах. За счет избыточного давления, возникающего изнутри кишки, она раздувается и передавливает сосуды почки. Застойные явления в почках вызывают различные формы нарушений обмена веществ и иногда приводят к образованию песка и камней. За счет повышенного содержания мочевины в крови усиливается возбудимость нервной системы, увеличивается частота сердцебиения, дыхания.

На начальных этапах нарушения носят характер ослабления функций, пациент не замечает ослабления и перемен в самочувствии не отмечает. Изредка это проявляется отдаленными признаками чисто внешне: появляются отеки на ногах, на лице после сна, долгого сидения в одном положении, потемнение лица и приорбитальных областей глаз, возникновение повышенной потливости и быстрой утомляемости.

При начальных признаках нарушения функционирования почек (назовем это ослаблением функций почек) на спине появляются болевые точки между остистыми позвонками Th5—Th6—Th7, а также болез-

и спастики в нисходящем отделе толстого кишечника, о чем уже упоминалось выше.

Иногда нарушение функции почек возникает изолированно от первого круга взаимодействий, но это встречается относительно редко.

Можно предположить, что одной из причин развития нарушений в почках является возникновение венозного застоя в околопочечном пространстве (в основном в кишечнике). Спазмы в кишечнике за счет раздутия его газами, присутствующие в нем гнилостные процессы — это то, что перегружает и отравляет почечную систему. Поперечно-ободочная кишка анатомически

ненный гипертонус паравертебральных мышечных групп этих позвонков (рис. 13).

При хронических нарушениях иногда возникает уплощение грудного отдела позвоночника, появляется его нестабильность, проявляющаяся хрустом при продавливании этой области.

При длительном сохранении нарушения в почках за счет возникновения мышечного гипертонуса Th5—Th6—Th7 наблюдается зажим корешков лучевого, локтевого и срединного нервов, иннервирующих руки, возникает онемение пальцев, часто сопровождаемое болью в суставной сумке плеча.

В области спины, на стыке реберных дуг с мышцами поясницы, с левой стороны возникает зона с повышенной болевой чувствительностью и мышечным гипертонусом.

Нарушение в работе надпочечников выражается болезненностью реберных дуг со стороны спины от позвоночника по направлению к средней боковой линии. По мере развития патологии почек рефлексорная зона распространяется в почечной области вниз и вверх, захватывая нижнюю часть спины. Возникает зона с повышенной чувствительностью в крестцово-подвздошном сочленении, на месте прикрепления большой ягодичной мышцы.

При патологии в паренхиме почки возникает болевой участок на гребне подвздошной кости.

Гипертонус мышц в области поясницы вызывает сдавливание корешков нервных волокон, которые иннервируют нижние конечности, воз-

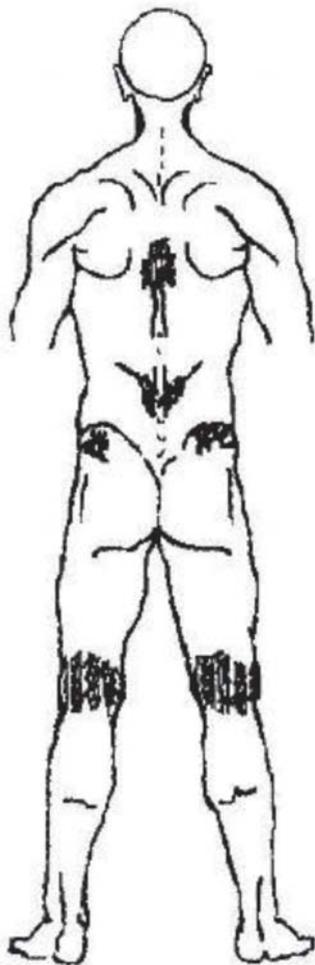


Рис. 13. Диагностика нарушений и дисфункций почек со стороны спины

никает болевая зона в месте выхода корешка седалищного нерва в районе запирающего отверстия и сакрального сочленения, а также по ходу седалищного нерва по бедру и голени, в зависимости от степени защемления, возникает явление, определяемое как «радикулит».

Длительный гипертонус в проекционной зоне почки на спине вызывает анемию передней боковой поверхности бедра.

У детей при определенной предрасположенности такой длительный мышечный гипертонус вызывает развитие сколиоза.

На задней поверхности бедра, в нижней его трети, также проявляется зона почки. По месту расположения болевого участка можно судить о характере нарушений: если болезненность участка располагается с внутренней стороны ноги, то можно предположить о наличии изменений в лоханке почки, если с верхней — в ее корковом слое, если в центре — в паренхиме почки.

Еще одна контрольная зона расположена на подъеме стопы на предплюсне в костных промежутках между четвертым и пятым пальцами ноги (приложение 4).

На предплечье левой руки со стороны запястья по надкостнице проявляется рефлекторная зона почки (приложение 1).

Следующий этап развития нарушений в органах согласно второму кругу взаимодействий «Б» — **нарушение в правой почке**. В схеме взаимодействий правая почка обозначена номером 13. Возникающие отклонения в правой почке вызывают появление повышенной чувствительности в проекционных зонах по правой стороне тела, по аналогии, указанной выше для левой почки.

Нарушение в почках, как уже упоминалось, может возникнуть при полном отсутствии первого круга «А». В основном это заболевания простудного, инфекционного, травматического или генетического характера. Нарушение в этом случае может возникнуть первично как в правой почке, так и в левой.

Отклонения в работе почек, как правило, сопровождаются спазмом мочеточников, на схеме они обозначены цифрами 14 и 15. При этом наблюдается сведение мышц голени (судорога), чаще по ночам, и возникновение рефлекторной зоны по линии, проходящей по средней линии икроножной мышцы, от коленного сгиба до места прикрепления к ахилловому сухожилию. Эта линия является проекцией мочеточника от почки до мочевого пузыря, причем у подколенного

сгиба околопочечный участок, место прикрепления ахиллова сухожилия — место вхождения мочеточника в мочевой пузырь, что позволяет иногда проконтролировать движение камня по мочеточнику. Обычно если нарушения в почках сопровождаются спазмом мочеточников, то это, в свою очередь, отражается на работе мочевого пузыря (номер 16 в схеме взаимодействий). Возникают соответствующие рефлекторные зоны на запястье левой руки (приложение 1). На этом второй круг замыкается.

Рассмотрим другие дополнительные связи, которые присутствуют в этом круге взаимодействий:

17 — **простатит**, возникающий при ослаблении функций почек, сопровождается возникновением его проекционных зон на теле.

18 — число, обозначающее **сердце**. При возникновении застойных явлений в левом околопочечном пространстве наблюдается проявление зоны сердечной недостаточности на груди пациента между 2 и 3 межреберьями и на спине слева, между лопаткой и позвоночником на уровне Th3—Th5. В некоторых случаях эта связь проявляется возникновением сердечной аритмии. После правильно выполненных обдавливаний околопочечных пространств часто наблюдается прекращение аритмий и уменьшение или исчезновение рефлекторных зон сердца.

19 — **дыхательная система**.

Практика показывает, улучшение или ухудшение в работе правой почки вызывает изменения в системе дыхания человека. Можно предположить, что быстрая утомляемость и ослабление организма, которое отмечается при заболевании почек, связаны со снижением усвоения кислорода легкими.

20 и 21 — числа, принадлежащие **левому и правому уху**. Взаимосвязь между ушами и почками четко просматривается у детей.

Достаточно появиться первым признакам ослабления почек, как дети начинают жаловаться на уши, они чешутся, наблюдается заложенность, возникает беспричинная боль, появляется предрасположенность к отитам, снижается острота слуха.

2.5. Техника выполнения висцеральной терапии (мануальной терапии). Метод болевой коррекции

В данном разделе рассматривается один из универсальных подходов к лечению некоторых болезней внутренних и наружных органов, который природа предусмотрела для человека. Он заключается в очень простом принципе. В самом начале развития болезни, когда появляются только первые признаки, проводится надавливание на больной орган руками, подсобными предметами, положением тела и т.д. с определенным усилием до исчезновения боли. Затем меняется место или угол надавливания, и процедура повторяется. Таким образом, проводится обезболивание больного органа. В народной медицине это называется «снятием спазма».

Благодаря такой нехитрой процедуре работа органа значительно улучшается или полностью восстанавливается.

Воздействие на больной орган один-два раза в день (частота определяется терапевтом) приводит если не к полному выздоровлению, то к снятию острого состояния на начальной стадии лечения. После стабилизации работы нарушенных органов в лечение включается фитотерапия, гирудотерапия и другие методы.

Такая «болевая» терапия выполнялась и выполняется по единому принципу, заложенному в нас природой, человек разработал лишь технику воздействия. Ориентиром всегда служила и служит боль. Отсутствие боли при надавливании на пораженный орган указывает на противопоказания для терапии.

В зависимости от степени запущенности заболевания время работы с пациентом за один сеанс достигает от 30 минут до 2 часов как утром, так и вечером, а иногда и утром и вечером ежедневно. По количеству процедур в сложных или запущенных случаях лечение может проходить 1—2 месяца.

Общими противопоказаниями являются:

- онкология во всех формах;
- глубокие патологические нарушения;
- миелопатии;
- сифилис;

- острый туберкулез;
- острые инфекционные заболевания с высокой температурой;
- кровотечение из органов, свежие механические травмы;
- гангрена;
- коллагенозы;
- тромбоз;
- психические заболевания; наркотические состояния.

Практика мануального лечения на Руси переплеталась с практикой Востока, и трудно сказать, где истоки такого лечения. Отсутствие глубоких литературных источников по данной методике, необходимость индивидуального подхода, подбор технического решения для каждого пациента создают значительные сложности для описания метода.

2.5.1. Техника надавливания при терапии внутренних органов человека

Чтобы достичь необходимого эффекта, терапия начинается с последовательного надавливания на определенные участки тела. Надавливания, изображенные на рисунке 14, выполняются как одной рукой — основанием ладони (а), так и двумя, наложением одной на другую (б), кончиками пальцев (в), фалангами согнутых пальцев одной рукой (г), подушечками пальцев (д), давлением через подложенные пальцы (е), кулаком (ж); одним пальцем (з), с упором в него (и). Форма и сила давления определяется местом надавливания, степенью нарушения во внутренних органах, чувствительностью и возрастом пациента и множеством других причин.

Перед началом стимуляции **желчного пузыря** просматриваются показания и специфические противопоказания. К противопоказаниям относятся:

- наличие камней, застрявших в протоках, высокой температуры;
- острый период гепатита;
- свежая механическая травма правого подреберья;
- невозможность прикосновения к области желчного пузыря из-за присутствующей боли;
- врожденные атония и перетяжка желчного пузыря, перегиб протока у взрослого пациента.

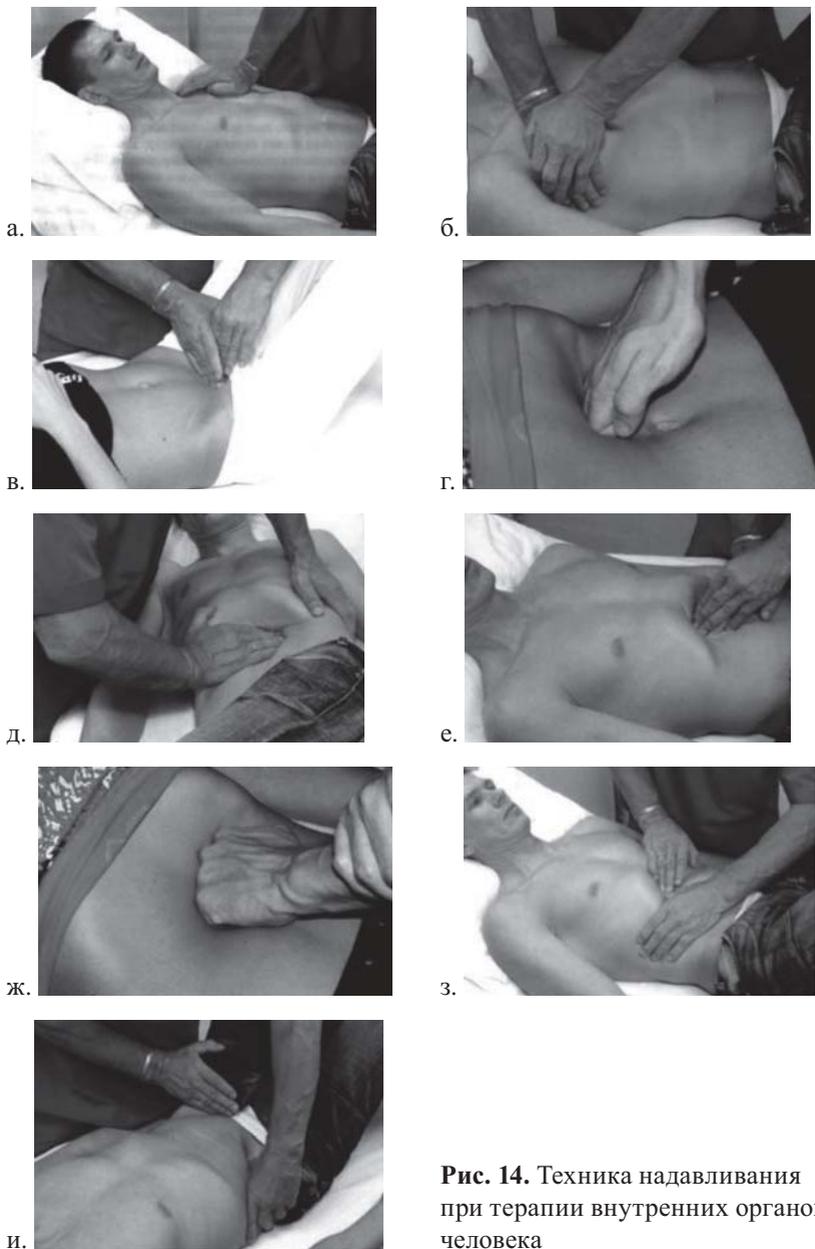


Рис. 14. Техника надавливания при терапии внутренних органов человека

2.5.2. С чего начинается работа?

Диагностика первого и второго этапа — сбор анамнеза, исследование зон соответствия на лице, болевых зон на предплечье левой и правой руки, осмотр внешнего вида языка, а также проекционных зон на теле.

Терапия желчного пузыря начинается с эпигастральной области пациента. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в коленях, голова приподнята. Желательно, чтобы терапевт находился слева от пациента.

Большой палец левой руки терапевт кладет на эпигастральную область, правой рукой, а именно двумя пальцами, указательным и средним, производит нажатие на большой палец левой руки, лежащий вдоль правой реберной дуги пациента (рис. 15).



Рис. 15. Терапия желчного пузыря через переднюю стенку живота методом обдавливания

Существует несколько так называемых «ключей» стимуляции. Один из «ключей» представляет собой последовательность действий. Обдавливания начинают производить с области желчевыводящего протока, протока печеночного, луковицы двенадцатиперстной кишки и протока поджелудочной железы. Все это примерно находится в одной плоскости, на линии раздела между 2—3 горизонтальными отрезками справа от средней линии живота, раздела между пупом и мечевидным отростком. Действия дают расслабление желчевыводящего протока и возможность сброса загустевшей желчи. В противном случае, при нарушении последовательности надавливаний вызывается усиление воспалительного процесса, еще более сильное отклонение функции пузыря.

В эпигастральной области справа надавливание проводится до появления первого ощущения боли в околожелчном пространстве. Как только боль появилась, уровень давления или нажатия приостанавливается, выжидается время, когда боль под пальцем исчезает. Если в течение 1—2 минут боль не проходит, а усиливается, то степень надавливания уменьшается, если и это не дает эффекта исчезновения боли — стиму-

ляция прекращается. В этом случае работа будет продолжена, но уже в другом режиме, который будет описан ниже.

Рассмотрим наиболее часто встречающийся вариант процедур с пациентом, когда боль исчезает в результате давления.

Как только боль под нажимающим пальцем исчезнет, производится сдвигание большого пальца левой руки вниз по реберной дуге параллельно краю на величину, равную длине первой фаланги большого пальца и снова продолжается продавливание до появления боли. Во время перемещения пальца кожу желательнее немного сдвигать от живота к реберной дуге, чтобы натяжение кожи при продавливании не причиняло лишних беспокойств пациенту (натянувшись, она создаст дополнительное болевое ощущение). После исчезновения боли палец смещается еще ниже на фалангу и снова проводится надавливание на область правого подреберья. Как и в предыдущем случае, давление до появления болезненности, выдержки времени на этом уровне боли и ее исчезновения.

Нужно учитывать, что анатомически желчный пузырь может находиться или чуть ближе к реберной дуге или чуть дальше, поэтому нужно ориентироваться на болевое ощущение пациента. Палец, выполняющий надавливание на околожелчное пространство, смещается по реберной дуге вниз на уровень X ребра, где заканчивается область продавливания желчного пузыря. Снова производится возврат в эпигастральную область и выполняется второй проход с надавливанием.

Нужно заметить, что происходит обезболивание области давления, т.е. выполняется терапия по расслаблению и снятию спазма с желчного пузыря, по удалению сгустившейся желчи, устранение венозного застоя, за счет чего, мы предполагаем, происходит обновление желчи в желчном пузыре и воспалительный процесс в нем уменьшается. Если такое действие производить один или два раза в день в течение нескольких дней, а в некоторых случаях и недель, то имеется возможность включения желчного пузыря в работу, при условии отсутствия в нем глубоких органических изменений.

Воспалительный процесс в пузыре прекращается, значительно облегчается состояние пациента. Происходит улучшение его самочувствия, исчезают головные боли, нормализуется состояние луковицы двенадцатиперстной кишки, за счет этого исчезает или уменьшается кровотечение из десен по утрам во время чистки зубов, исчезают или умень-

шаются боли в области коленей, конечно, только при условии, что это не глубоко зашедший процесс разрушения.

В качестве контроля за ходом восстановления используются зоны, описанные выше. По мере нормализации работы желчного пузыря и исчезновения воспалительного процесса в нем болезненность зон снижается, а сам орган восстанавливается (нормализуется) в размере. Лечение считается законченным, когда при нажатии на область желчного пузыря боль не возникает.

В некоторых случаях во время стимуляции наблюдается звуковое сопровождение опорожнения желчного пузыря, выраженное сильным урчанием в области давления на околожелчное пространство, после чего наступает значительное улучшение самочувствия.

Как уже указывалось ранее, калькулезный холецистит, еще по наблюдениям С.П. Боткина, стимулирует стенокардический синдром, поэтому если во время стимуляции появляются боли в области сердца за грудиной, то продавливания выполняются более осторожно, причем со сменой положения тела, стоя или сидя. Аналогичные действия — при подозрении на желчекаменную болезнь.

Эту терапию можно еще более облегчить, если использовать биомеханические стимуляторы (вибраторы) дозированного воздействия, которые используются при начальных стимуляциях, обязательно в положениях стоя или сидя, после предварительного ручного обдавливания области желчного пузыря. Это дает более эффективное воздействие на стужившуюся желчь и не дает возможности конкрементам желчного пузыря двинуться в проток.

При ежедневном дозированном продавливании и воздействии вибрацией на область желчного пузыря возникает возможность освобождения его от песка и мелких камней. Одновременно с этим происходит восстановление сократительной функции желчного пузыря, если это недалеко зашедший процесс атонии.

В народной медицине начало продавливания старались проводить в фазу полнолуния, т.к. в полнолуние текучесть жидких сред возрастает, и это позволяет более эффективно использовать систему висцеральной терапии.

Терапия обязательно начинается с эпигастральной области, со снятия спазма с желчевыводящего протока, сфинктера Одди, луковицы двенадцатиперстной кишки, после чего обдавливается сам

желчный пузырь. В противном случае можно вызвать перестимуляцию желчного пузыря, закрытие сфинктера Одди и еще более глубокие нарушения в нем.

В некоторых случаях, как показывает практика, после правильно выполненной терапии изменяется положение желчного пузыря. Он ближе подтягивается к реберной дуге, исчезает или уменьшается глубина атонии, при этом улучшается работа желчного пузыря, исчезает горечь во рту, прекращаются головные боли, улучшается состояние коленных и тазобедренных суставов, восстанавливается функция пищеварения, исчезают болезненные проекционные зоны на теле, чище становится лицо, улучшается характер человека, устраняются запоры.

За время работы с пациентом он обучается самостоятельно контролировать свое состояние и своевременно устранять возникающие нарушения во внутренних органах.

2.5.3. Висцеральная терапия печени

Стимуляция печени в народной медицине выполняется по аналогичному принципу, что и стимуляция желчного пузыря. Проводится исследование печени по проекционным зонам, определяются степени нарушения, показания и противопоказания.

К противопоказаниям для работы с печенью относятся общие для висцеральной терапии живота и специфические: цирроз печени; эхинококкоз печени.

К показаниям относятся:

- вялотекущие холециститы с болезненными проявлениями печени;
- застойные явления в печени;
- перенесенная ранее болезнь Боткина.

Терапия начинается с эпигастральной области, где анатомически расположена левая доля печени.

Пациент ложится на спину, руки его располагаются вдоль туловища, а колени полусогнуты для большего расслабления мышц живота, голова приподнимается. Терапевт, желательно, находится слева от пациента.

Подготовительные действия, а именно терапия функции желчного пузыря, должны быть к этому времени уже выполнены, что дает возможность проведения стимуляции печени.

Практические действия выполняются следующим образом. Большим пальцем левой руки, помогая пальцами правой руки — указательным и средним, как показано на рисунке 16, немного отступая от правой реберной дуги, проводится надавливание на околопеченочное пространство до появления болевого ощущения в области печени. Давление осуществляется под углом по отношению к реберной дуге, в подреберье, причем угол нажатия изменяется после исчезновения боли. Время нажатия в одной зоне или плоскости не должно превышать двух минут. Переставляя палец, терапевт нажимает на область подреберья до ощущения легкой боли, дается выдержка времени, и после исчезновения боли палец перемещается в другую точку правого подреберья, и таким образом проводится обезболивание всего подреберья, где расположена печень. Стимуляция считается законченной, если при нажатии на область правого подреберья боль будет отсутствовать.



Рис. 16. Терапия печени через переднюю стенку живота методом обдавливания

Одновременно болезненность проекционных зон печени на теле пациента исчезает или значительно сокращается.

После проведенной стимуляции пациенту полезно полежать на левом боку с теплой грелкой на правом подреберье, для улучшения оттока желчи в течение одного-двух часов. Если после проведенной стимуляции у пациента появилось ощущение боли в области печени, то это указывает на перестимуляцию органа. В этом случае полезно выпить небольшое количество горячего сладкого чая. Правильно проведенная стимуляция не должна давать обострений, кроме этого на коже пациента не должно оставаться синяков.

Ежедневная работа с печенью и другими органами дает изменения внешнего вида языка. Исчезает желтизна, красные сосочки с правой стороны, язык становится более розовым, улучшается самочувствие, иногда повышается острота зрения. Терапию проводят один раз в день, но если случай сложный, то два раза в день — утром и вечером. Коли-

чество сеансов определяется индивидуально, пока не исчезнет болевое ощущение в подреберье.

Как дополнительное средство улучшения функции печени может использоваться воздействие на рефлекторные зоны печени, которые перед началом стимуляции использовались как диагностические. Воздействуя массажем на эти участки тела, добиваются полного исчезновения болевой чувствительности, если она присутствует. При этом допустимо использование различных стимуляторов или вибраторов, ориентируясь на состояние пациента и его восприимчивость к приборам и вибрации.

2.5.4. Терапия поджелудочной железы

Перед началом стимуляции поджелудочной железы уточняются показания и противопоказания для работы.

Противопоказанием будут общие и специфические нарушения в организме:

- тяжелые формы сахарного диабета на фоне удаленного желчного пузыря, длительная инсулинозависимость.

Показанием для работы с поджелудочной железой могут служить следующие состояния организма:

- панкреатиты в легкой и умеренной форме;
- не инсулинозависимые сахарные диабеты

Поджелудочная железа стимулируется следующим образом. Рас-



Рис. 17. Терапия поджелудочной железы через переднюю стенку живота методом обдавливания

стояние между пупом и мечевидным отростком на животе пациента по средней линии живота делится визуально на три части. Начало отсчета отрезков от пупа. Граница раздела первой и второй части, через которую проходит условная горизонтальная линия, принадлежит зоне поджелудочной железы. По этому горизонтальному отрезку (околоподжелудочному пространству) проводятся надавливания (рис. 17).

Надавливания выполняются по линии боли.

В некоторых случаях если в нижней трети отрезка располагается складка живота, то линия стимуляции поджелудочной железы проводится по этой складке.

Первый нажим до появления болевого ощущения проводится немного правее средней линии живота. Обязательное условие — положение пациента на спине с согнутыми в коленях ногами и приподнятой головой. Терапевт располагается сбоку от пациента. Нажим осуществляется до появления первого болевого ощущения, после чего степень нажима фиксируется, максимальное время воздействия в одной плоскости — в пределах двух минут, до исчезновения боли. Палец смещается к средней линии живота, и давление на живот повторяется также до исчезновения или значительного ослабления болевого ощущения. Далее палец смещается к левому подреберью пациента, вновь ориентируясь на боль. На левой половине живота линия воздействия немного изгибается вверх. Двигаясь по этой линии, ориентируются на ее болезненность. Терапия железы считается законченной, если после повторного прохода по этой линии боль будет отсутствовать. В некоторых случаях выполняется два или три прохода.

При правильно выполненной стимуляции на следующий день можно наблюдать ослабление при пробном надавливании околоподжелудочного пространства.

Таким образом, каждая новая стимуляция несет снижение болевого ощущения, улучшение самочувствия пациента. Если боль полностью не уходит в момент стимуляции, а наблюдается только снижение ее уровня, стимуляция на этом уровне боли прекращается и повторяется только на следующий день. В таком случае это указывает, предположительно, на запущенность или длительность заболевания.

2.5.5. Опущение желудка

В народной медицине существовал термин «Опущение желудка». Под ним понималось изменение его формы под воздействием каких-либо факторов, например:

- тяжелого физического труда после приема обильной пищи;
- поднятие запредельных тяжестей или попытки удержать одномоментно тяжесть в каком-то положении;

- падения с высоты на ягодицы при наполненном желудке — все это приводит к изменению его положения и формы, а заодно и изменению положения других органов.

Опущение сопровождается болями в области живота и желудка, несварением пищи, тухлой отрыжкой из желудка, вздутием живота, усилением боли после физической работы.

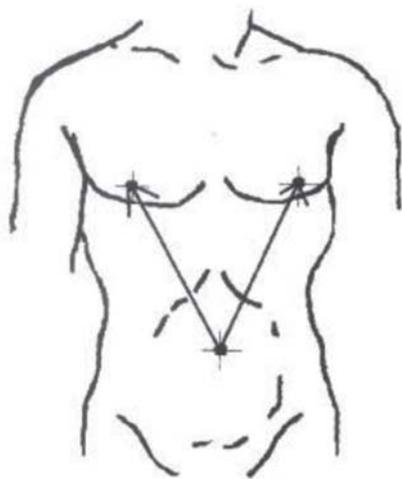


Рис. 18. Диагностика опущения желудка у мужчин с помощью веревки

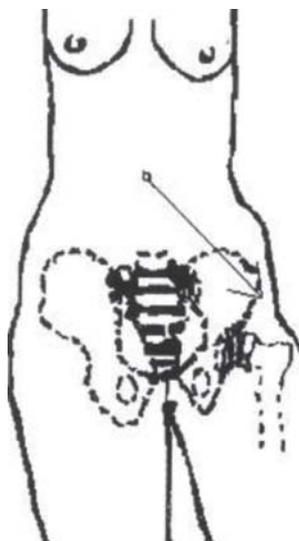


Рис. 19. Диагностика опущения желудка у женщин с помощью веревки

В давние времена диагностировалось это заболевание с помощью лыковой веревки в положении пациента лежа на спине с согнутыми коленями. Для мужчин замерялось расстояние между пупом и соском на груди левой и правой половины тела (рис. 18). Для женщин расстоянием между пупом и гребнями подвздошной левой и подвздошной правой кости, в некоторых случаях, расстоянием между пупом и внутренними лодыжками левой и правой ноги (рис. 19).

Если расхождение между замерами достигало 1—3 см, то производились действия, направленные на поднятие желудка.

С целью уточнения диагностики определялась пульсация аорты относительно пупа, эта процедура описана ниже.

Визуально при нарушении можно наблюдать сдвигение пупа с белой линии живота влево или вправо. Дополнительно возникает поперечная складка на животе между пупом и мечевидным отростком. Эта складка не укладывается в нормальные пропорции, т.е. она находится ниже раздела границы нижнего и среднего отрезков, между пупом и мечевидным отростком.

В положении стоя пациента можно наблюдать изменение формы живота — наблюдается выпячивание его нижней части. Фигура приобретает форму вопросительного знака, если смотреть сбоку.

2.5.5.1. Терапевтические действия, направленные на поднятие желудка

Поднятие желудка проходит в несколько этапов. Первый этап заключается в прохождении «первого круга». Проводятся действия, описанные в предыдущих главах, т.е. снимаются спазмы органов, устраняется венозный застой, если они имеют место (желчный пузырь, печень, поджелудочная железа, толстый кишечник, гинекология, сам желудок), обезболивание живота.

Если результат не достигается за один проход стимуляций, то дальнейшие технические действия по поднятию желудка не выполняются, пока последующие действия не нормализуют этот круг. При имеющихся нарушениях первого круга действия по поднятию желудка сопряжены с большой опасностью.

Поднятие желудка выполняется в положении пациента лежа на спине с согнутыми в коленях ногами для большего расслабления передней стенки живота.

Действия начинаются с работы над кишечником. Выполняется надавливание и сдвигение кишечника по направлению к пупу, снизу сбоку справа, снизу сбоку слева, снизу к центру, слева к центру, справа к центру (рис. 20). Действия с кишечником описаны в разделе «висцеральная терапия кишечника».



Рис. 20. Поднятие желудка



Рис. 21. Изменение положения желудка с помощью пальцевого давления через переднюю стенку живота

Пациент в положении лежа на спине с согнутыми в коленях ногами, но под область таза подкладывают валик или подушку для поднятия таза на уровень выше положения желудка.

Врачующий заходит со стороны головы, после чего руки пальцами вниз (рис. 21) устанавливаются на линию складки слева, относительно белой линии живота, проводится легкое надавливание на эту складку до ощущения плотности под пальцами, у пациента возникает при этом чувство боли, давление приостанавливается до исчезновения боли. Проводится смещение органов по направлению к эпигастрию. Давление на желудок выполняется до появления боли, после ее исчезновения пальцы смещаются еще левее или правее, ориентиром интенсивности является боль.

После правильно выполненной манипуляции болезненность при пальпации области желудка и проекционные его зоны на теле значительно уменьшаются или исчезают.



Рис. 22. Обвязка живота после изменения положения желудка с целью закрепления его положения

После манипуляций пациент переворачивается на живот, терапевт проводит разминание поясничной области, обычно это сопровождается болевым ощущением, так как длительное нарушение функций органов вызывает образование миофиброзов.

За счет разминания идет косвенное дополнительное расслабление задействованных органов. Следующий этап постановки желудка на место — работа с самим желудком.

Следующим этапом работы будет обматывание живота простыней, сложенной по длине в несколько слоев. Обмотка делается в положении пациента лежа на спине. Низ живота и талия туго обвязываются и стягиваются, простыня закрепляется (рис. 22).

Пациент переворачивается на живот, руки полусогнуты в локтях. Проводится щипок с ущемлением лучевого, локтевого, срединного нервов, проходящих по внутренней поверхности плечевой кости, предварительно определив ближайший поверхностный выход волокон (рис. 23).

В момент ущемления происходит дополнительное рефлекторное сокращение желудка и сдвигение его в нужном направлении.

Концентрируется щипковое действие на лучевом нерве, т.е. в момент выщипывания прострел в руке должен наблюдаться на большом и указательном пальцах рук.

Это действие считается завершающим. После чего пациента переворачивают и оставляют в положении лежа на спине на два-три часа с приподнятым тазом и туго обвязанным животом. После этого пациент встает и 6—8 часов ходит с простыней. В пределах недели для него ограничиваются физический труд и двигательная физическая активность.

Через 3—4 дня проводится проверка закрепления желудка на месте в животе, для этого вновь сравниваются расстояния от пупа до сосков груди у мужчин, у женщин от пупа до внутренних лодыжек или гребней подвздошных костей. Если наблюдается расхождение измерений расстояний, то действия повторяются. Причем после первого действия с желудком наблюдается уменьшение расхождений в замерах, и с каждым последующим действием расхождение сводится к минимуму.

Вся эта работа с постановкой органа несет в себе и определенный уровень опасности. Она всегда сопровождается болезненными ощущениями со стороны внутренних органов пациента, нужно быть очень и очень осторожным и внимательным, чтобы не передавить и не перетянуть. При таких смещениях наблюдается изменение положения органов, нужно обладать достаточным опытом и навыком, чтобы браться за эту работу.

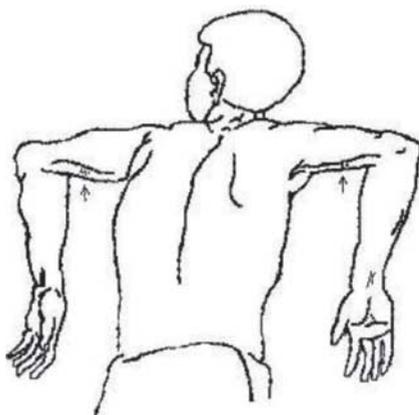


Рис. 23. Ущемление лучевого, локтевого, срединного нервов для снятия остаточных напряжений в желудке и улучшения его функций

Когда у пациента исчезают симптомы, указанные в начале главы, лечение считается законченным.

Обычно выполняется 3—4 процедуры, но в некоторых случаях допускается и до 5 процедур, все зависит от степени нарушения, давности заболевания, умения исполнителя правильно выполнить терапию.

На Руси такие терапевтические действия с желудком производили в бане, когда пациент распарен и расслаблен.

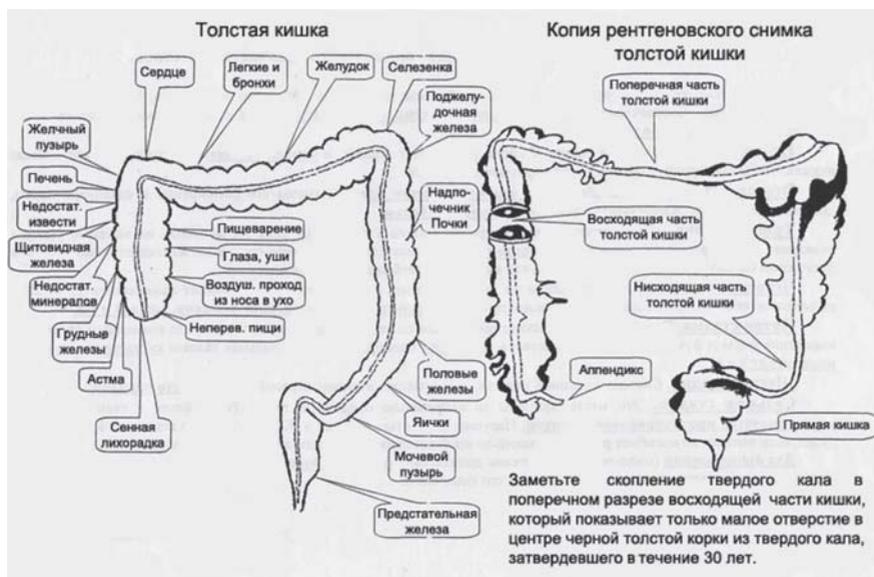


Рис. 24. Проекционные зоны внутренних органов на участках толстого кишечника

2.5.6. Висцеральная терапия кишечника

Перед началом работы терапевт должен убедиться, что живот пациента «не опасен», т.е. отсутствуют общие и специфические противопоказания для терапии.

У женщин просматриваются зоны, связанные с состоянием придатков и яичников. Если имеются нарушения, то терапия начинается с них, она будет описана ниже.

Специфическими противопоказаниями являются:

- имеющиеся зоны на животе с повышенной кожной болевой чувствительностью и парадоксальной реакцией;
- кожные нарушения в форме болячек, кровоточащих трещин, болезненных синяков и ссадин, твердых выступающих из живота безболезненных уплотнений;
- воспаление аппендикса;
- кишечник, имеющий внутренние кровоточащие язвы;
- диарея;
- асцит;
- болезнь Крона;
- туберкулез кишечника;
- миелопатии.

В народной медицине висцеральная терапия кишечника производилась в следующих случаях:

- жалобах пациента на запоры;
- «срывах живота», так в народной медицине называли заболевание, которое возникало у человека после поднятия предельных тяжестей, сопровождавшееся появлением болей в области живота;
- так называемых в народе «опущениях желудка», сопровождаемых нарушением функций пищеварения;
- колитах, вздутии живота, длительных запорах;
- опущении почек и матки у женщин, как одном из промежуточных этапов поднятия и нормализации их работы;
- дискинезии желчевыводящих протоков, холециститах, панкреатитах при условии их нормализации по методу, описанному ранее;
- случаях удаленного желчного пузыря или его атонии, для улучшения работы кишечника такие манипуляции должны производиться не реже одного раза в неделю, в крайнем случае два раза в месяц;
- к проведению мануальной терапии живота может послужить ненормальное положение пупа относительно его белой линии.

В животе пациента иногда присутствует смещение аорты, приводящее к нарушению кровообращения в нижних конечностях и органах малого таза. Для определения нарушения вертикально в область пупа вставляется либо указательный палец, либо указательный и средний, вместе сложенные. Этот своеобразный ключ служит для определения



Рис. 25. Диагностика аорты через брюшную стенку

положения аорты по ее пульсации (рис. 25). Если биение аорты при надавливании воспринимается под пальцами справа в животе пациента, то это показание для работы с животом. При нормальном положении кишечника аорта должна пульсировать слева от пупа.

Стимуляция кишечника врачевателями начинается с правой стороны живота пациента в положении

лежа на спине с приподнятой головой и полусогнутыми в коленях ногами.

Первый нажим до появления болезненного ощущения проводится на восходящий отдел толстого кишечника, между пупом и гребнем подвздошной кости.

Нажим выполняется с небольшим усилием, усилие распределяется в глубь живота и к центру вперед по направлению к пупу. Давление вначале преобладает в глубинном направлении, и если там имеется болевое ощущение, то движение руки приостанавливается до исчезновения боли. Затем добавляется давление по направлению к пупу пациента до следующего возникновения боли. Как только боль исчезает, усилие нажима увеличивается до появления новой, и усилие нажима вновь приостанавливается до ее исчезновения. Время выдержки при надавливании в одном направлении в пределах трех минут. После этого рука смещается вверх по восходящему отделу толстого кишечника на величину четырех вместе сложенных пальцев и повторяется предыдущая манипуляция. Дальше сложенные пальцы руки опускаются в нижнюю часть восходящего отдела толстого кишечника, и в этой же последовательности производится аналогичное действие.

Манипуляция в правом боку считается законченной, если при вертикальном нажиме на область живота боль отсутствует.

После нормализации правого бока проводится работа с левым боком пациента.

В левом боку манипуляции начинаются в области сигмовидной кишки. Нажим в боку — чуть ниже уровня пупа, давление осуществляется пальцами вниз по направлению в глубь живота и к пупу. Идет

как бы смещение кишечника до возникновения начального болезненного ощущения в области сигмовидной кишки и тонкого кишечника.

При правильном местонахождении аорты пульс аорты начинает прослушиваться слева рядом с вертикальной проекцией пупа вниз. У народов восточной России для раскручивания области пупа использовался узел, изготовленный из полотенца, который вставлялся как ключ в пуп и затем его вращали одновременно с выдохом (рис. 26).

В северных районах России в область пупа вставляли по белой линии две руки, вместе сложенные, или просто кулак, и таким же образом, как ключом, проводили поворот.

Нужно отметить, что эти манипуляции опасны. Они всегда сопровождаются болью со стороны кишечника пациента, поэтому работать следует очень и очень осторожно. При таких изменениях положения (смещениях) наблюдается изменение положения кишки, нужно обладать достаточным опытом и навыком, чтобы браться за эту работу.



Рис. 26. Изменение положения тонкого кишечника

2.5.7. Висцеральная терапия селезенки

Терапия селезенки имеет свои показания и противопоказания. К противопоказаниям относятся общие для висцеральной практики.

К показаниям для стимуляции относятся:

- застойные явления в селезенке;
- присутствие возбужденных рефлекторных зон.

2.5.8. Терапия органов второго круга взаимодействий

Терапевт располагается желательно справа от пациента. Пациент лежит на спине, ноги полусогнуты в коленях для более полного расслабления живота, голова приподнята. Стимуляция проводится аналогично стимуляции печени и начинается с эпигастральной области левого подреберья. Выполняется надавливание подушечкой большого

пальца правой руки с помощью пальцев левой руки в подреберье, до появления боли. После исчезновения боли палец смещается по реберной дуге вниз. Во время перемещения пальца изменяется угол надавливания в подреберье, производится поиск боли, найдя ее, задерживается нажатие до ее устранения. После стимуляции производится контрольная проверка повторным проходом надавливанием и простукиванием области селезенки. Боль должна отсутствовать. Одновременный ориентир на снижение или исчезновение боли в контрольных зонах селезенки на теле пациента.

Стимуляцию можно производить каждый день, в некоторых случаях в день два раза, утром и вечером. С каждым новым днем болезненность при надавливании должна уменьшаться, а глубина надавливания увеличиваться. Время выдержки в точке давления при терапии в пределах трех минут.

2.5.9. Висцеральная терапия почек

Перед началом выполнения действий, связанных с терапией почек, должны быть выявлены общие и частные противопоказания:

- острые заболевания почек;
- врожденные патологии;
- последние стадии патологических нарушений.

К показаниям относятся:

- наличие отеков на руках, ногах, на лице;
- нефриты, пиелонефриты начальной и средней тяжести;
- камни и песок, застойные явления в почках.

Уточняется степень нарушения в почках по рефлекторным зонам на теле пациента, а именно с болевого восприятия рефлекторной зоны под номером 5 на запястье левой руки (приложение 1) и на спине пациента.

Стимуляция почек начинается из положения пациента лежа на спине с полусогнутыми в коленях ногами. Перед стимуляцией проверяется на зависимость нарушений от первого круга взаимодействий, если такая связь прослеживается, то выполняются действия, направленные на терапию круга «А» и только после его прохождения приступают к этапу терапии почек. Если связь отсутствует, то облегчается задача, можно приступить к стимулированию.

Первое надавливание на область живота проводится на стороне, имеющей большее нарушение со стороны почек. Давление выполняется через переднюю стенку живота, через спазмированный тонкий кишечник на околопочечное пространство до появления у пациента болевого ощущения.



Рис. 27. Топография расположения зон надавливания на передней стенке живота при терапии почек

Надавливание на живот проходит примерно на границе первой трети горизонтального отрезка от пупа до средней боковой линии тела (аксилярной линии), смещенной от него вверх на величину ширины указательного и среднего вместе сложенных пальцев пациента, при стимуляции правой почки надавливание проводится на линии пупа. Пуп будет как точка отсчета при определении места нахождения зоны стимулирования околопочечного пространства, через которое производится терапия почек (рис. 27).

Надавливание, как и в предыдущих случаях, проводится по методике, описанной ранее.

Боль при продавливании может иррадиировать в спину, если заболевание хроническое, в некоторых случаях может отдавать болью в сердце, иногда может возникать ощущение нехватки воздуха.

Как только при продавливании пациент почувствовал боль в зоне давления, надавливание приостанавливается на этом уровне нажатия, выдерживается время в пределах трех минут. После исчезновения боли рука терапевта смещается вверх от первоначального места нажима и выполняется новое надавливание в новом месте до боли (рис. 28).

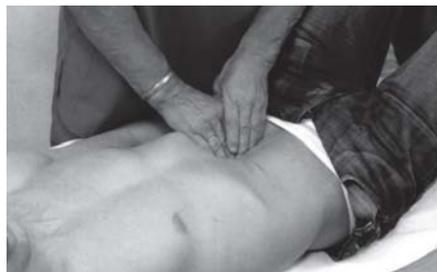


Рис. 28. Терапия почек

Очередное надавливание выполняется на область ниже от исходной точки нажима. Следующее давление выполняется на границе раздела тонкого и толстого кишечника. Надавливающая рука ста-

вится на стенку живота под углом по направлению к почке и проводится обдавливание околопочечного пространства сбоку.

Чем выше степень нарушения в почках, тем дольше по времени приходится ждать исчезновения боли в месте нажима. При каждодневной работе по улучшению состояния почек наблюдается большее проникновение пальцев в живот за счет расслабления передней стенки живота, сокращение времени до исчезновения боли при нажатии и сокращении площади болезненности с одновременным улучшением работы кишечника.

Первые стимуляции часто дают изменение цвета мочи, она становится более темной и густой, насыщенной осадочными структурами.

Улучшается состояние околопочечного пространства, и почка начинает лучше функционировать. Такие стимуляции дают исчезновение песка и часто растворение сформированных камней в почках.

В некоторых случаях опытные терапевты добиваются устранения кисты почки за счет улучшения кровообращения в ней и околопочечном пространстве.

Дополнительным вариантом метода можно считать стимуляцию, которую выполняют из положения пациента лежа на боку (рис. 29). При стимуляции левой почки, например, пациент ложится на правый бок и надавливание идет через переднюю стенку живота на околопочечное пространство до появления боли, дается выдержка времени и т.д., по методикам, описанным ранее. Далее производятся аналогичные действия с другой почкой.



Рис. 29. Терапия почек в положении пациента лёжа на боку

После завершения работы с животом пациент переворачивается вниз животом и выполняется следующий этап терапии почек. Разминаются болевые зоны на спине, рефлекторно связанные с почечными нарушениями, т.е. косвенно воздействуют на них.

На спине в области почек проводится симптом Пастернацкого. Простукивая область почек на спине, останавливаются на участках, где простукивания отзываются вну-

тренней болью, на этих областях движение руки, через которую выстукивают, приостанавливается, и выполняются простукивания до исчезновения болевого отзыва. Выстукивания проводят очень осторожно, по времени — в пределах минуты на одном участке.

Таким образом, выстукивается вся зона почек на спине в области поясницы, желательно до полного отсутствия болезненных отзывов.

Если процесс нарушения работы почек зашел глубоко, то при простукивании полного исчезновения боли не достигается, а наблюдается ее снижение, что для первых стимуляций является вполне нормальным явлением. При последующих стимуляциях боль будет снижаться, а затрачиваемое на снятие боли время — сокращаться, что будет указывать на правильное выполнение действий.

Одновременно с терапией почек допустимо использование других методов лечения, которые будут дополнять и ускорять процесс лечения, ориентируясь на изменение рефлекторных зон. Это может быть гирудотерапия, иглорефлексотерапия, фитотерапия.

Как показывает практика, стимуляцию организма пациентов особенно с большими нарушениями нужно сочетать с внутренней очисткой организма, нормализацией питания, использованием фитотерапии, гомеопатии, иглоукалывания, как дополняющими курс лечения. При этом желательно использовать методики психорегуляции или психотерапии. Интересна в этом плане методика саморегуляции Хасая Алиева [2], которая позволяет использовать дополнительные резервы нашего организма в борьбе с болезнями.

2.5.10. Терапия живота при опущении почек

Среди наиболее часто встречающихся почечных нарушений, отрицательно сказывающихся на здоровье человека, — их опущение.

Иногда описываемая здесь методика дает весьма эффективные результаты при оказании помощи.

В народной медицине существовало множество способов по постановке почек на место, которые основываются на индивидуальном подходе.

Если использовать надавливание под определенным углом на переднюю брюшную стенку живота на окологпочечное пространство, то определенная категория пациентов начинает чувствовать, как внутри живота

начинают сдвигаться органы или между ними возникают связи, выражающиеся в появлении ощущения натяжения или движения. Если на предварительно обработанное надавливанием околопочечное пространство, с которого снято болевое напряжение, в положении пациента на спине или на боку воздействовать через живот давлением руки под углом 30 градусов по направлению снизу вверх, то пациент начинает ощущать натяжение мочеточников, мочевого пузыря.

Можно предположить, что размятый и освобожденный от спазма кишечник после терапии способствует устранению движения «блуждающей» почки за счет исчезновения пустоты или тоннеля, образованного в полости живота кишечником, по которому она перемещается. Регулярная терапия дает возможность сдвижения почки при ее опущении на свое исходное место.

Однако наряду с положительным воздействием на почки при правильно выполняемых действиях неправильное воздействие может сместить почки в область малого таза или вызвать перегиб мочеточника, что чревато большой опасностью для пациента.

Манипуляции с постановкой почки на место должен производить опытный терапевт, имеющий достаточный опыт работы с почками.

Заключительный этап постановки — тугая обвязка живота пациента свернутой простыней.

2.6.11. Висцеральная терапия мочевого пузыря и мочеточников

Перед началом терапии пациент просматривается на общие противопоказания.

Противопоказания:

- инфекционные заболевания (терапия может быть использована как вспомогательная);
- врожденные аномалии; травматические нарушения.

Показанием для стимуляции могут являться следующие состояния:

- застойные явления в мочевом пузыре; воспаление мочевого пузыря;
- неострые боли в области пузыря; некоторые виды полипов.

Терапия начинается из положения пациента лежа на спине с согнутыми в коленях ногами с приподнятой головой при максимальном расслаблении живота.

Начинается терапия с работы по расслаблению и снятию застойных явлений и спазмов кишечника по ранее описанной методике.

Надавливание в области мочеточников должно производиться очень мягко и осторожно до появления слабого болевое ощущения. В зависимости от степени нарушения болевое ощущение может возникнуть как при поверхностном прикосновении, так и при более глубоком надавливании, но все равно надавливание выполняется до появления легкой боли (рис. 30).

Движение с надавливанием проводится по направлению от низа живота лобкового симфиза вверх к подвздошной кости, т.е. между тонким кишечником и паховой складкой, далее давление на мочеточник осуществляется через переднюю брюшную стенку живота по линии восходящего отдела толстого кишечника, если это справа, и по линии нисходящего отдела толстого кишечника, если слева.



Рис. 30. Продавливание мочеточников

При движении с надавливанием нужно ориентироваться по линии наибольшей болезненности. Техника стимулирования мочеточников и мочевого пузыря идентична работе с ранее описанными органами.

Вкратце, производится надавливание до появления слабой боли, выдержка времени до ее исчезновения, после чего рука смещается на новую позицию и все повторяется. После прохождения зоны мочеточников и обезболивания выполняется контрольный проход, который убеждает в отсутствии боли. Если боль остается, то проводится еще стимулирующий проход.

На практике очень часто наблюдается, что заметное улучшение в мочеточниках и мочевом пузыре наступает после нормализации кругов взаимодействий, чаще первого круга, в частности, после устранения глубоких нарушений в кишечнике, т.е. околопочечном пространстве. Поэтому работа с кишечником и предыдущими органами круга должна выполняться в большинстве случаев перед основной терапией.

Количество сеансов терапии определяется терапевтом, в некоторых случаях от одного до двух в день — утром и вечером, через день, через два.

Нужно отметить действия, которые помогают при болях, возникших в результате движения камней или песка по мочеточникам. В этом случае такие продавливания оказывают неоценимую помощь при их движении и извлечении. Снятие спастического напряжения с мочеточника и устранение венозного застоя дают возможность движения камней в сторону мочевого пузыря.

При правильно проводимой стимуляции наблюдается каждодневное снижение уровня болевой чувствительности по линии воздействия через переднюю стенку живота.

Продавливая таким образом нижнюю часть живота, достигается исчезновение болей и резей в мочевом пузыре, восстановление проходимости мочеточников, прекращение сведения икроножных мышц, иногда улучшение слуха, устранение сероотделения из ушных раковин, улучшение самочувствия. Однако все это требует определенного опыта и навыка в работе, сочетающейся с определенным риском, поэтому терапевту нужны хорошее знание топографической анатомии и физиологии, мягкости в работе.

Одновременное использование традиционного медикаментозного воздействия или других средств по усмотрению терапевта сокращает время восстановления пациента.

2.6. Создание мислеобразов

Победа разума над материей.

X/f «Crocodile Dundee». Австралия, 1986 г.

«Человеческий организм — это информационный процессор, перерабатывающий внешний мир в символы» [130]. Анализируя и изучая труды и литературу по теме мислеобразы и мислеформы, складывается понимание, что данный инструмент используется сегодня исключительно для осуществления желаний, причем в большей степени материальных. Бесконечное количество изотерической литературы предлагает всем желающим быстро разбогатеть, выйти замуж, купить дом, яхту и т.д.

В данной методике автор предлагает использовать мыслеформу (без амбиций) как вспомогательный инструмент для глубокой работы пациента с его организмом. Пациенту, не знающему ни анатомии, ни физиологии, сложно наладить взаимосвязь с той частью себя, с которой он не знаком. В работе с пациентами часто используются наглядные пособия и материалы, в основном атлас по анатомии или плакаты с изображением внутренних органов отдельно, или систем органов, или строение организма полностью.

2.6.1. Что такое мыслеформы?

Мыслеформы представляют собой *голографические аналоги Вселенной*. Именно в виде так называемых мыслеформ (другие названия — мыслеобразы, смыслообразы, холодаины) информация хранится в памяти человека. Мозг, преобразуя информационные сигналы наших органов чувств в нейрофизиологические (нервные) импульсы, «записывает» их в виде мыслеобразов, мыслеформ и в дальнейшем с ними работает. Таким образом, мыслеформа — своеобразная «единица информации», с которой работает наш мозг. Мыслеформа — это всегда индивидуальный, целостный, чувственный образ. Весь опыт человека запечатлен в мыслеформах. При этом, чем больше каналов восприятия задействовано в момент знакомства с предметом или явлением, тем сильнее мыслеформа, тем легче ее вызвать (важность целостной многоканальной подачи информации: слово + образ, запах, вкус, чувства говорящего...). Мыслеформа является естественной системой передачи информации от тела к мозгу (информация, воспринятая человеком, через органы чувств) и от мозга к телу в виде объемного результата какого-либо явления или предмета. Очень важно на первом занятии показать пациенту, как правильно составить мыслеобраз и дать прочувствовать, чем мыслеобраз (визуальный) может быть подкреплён. Пациенту демонстрируется наглядное пособие, далее терапевт начинает работать с органом, задача пациента сконцентрировать свое внимание на ощущениях, происходящих в тканях, и при этом мысленно представлять данный орган и представлять, как его ткани ослабевают. Чем ярче пациент будет видеть и чувствовать конкретный орган, тем быстрее и устойчивее (качественнее) возникнет или восстановится нейронная связь между органом и головным мозгом, и как следствие быстрее протекает процесс оздоровления.

2.6.2. Основные характеристики мыслеформы

Основные характеристики мыслеформы изучены нобелевским лауреатом американским психологом из Калифорнии Роджером Сперри. Позже описаны физиком и психологом США Верноном Вульфом. Оба — иностранные члены Российской академии естественных наук (РАЕН).

Согласно представлениям В. Вульфа пути появления мыслеформы таковы:

- реальность (действительность, пять органов чувств);
- фантазия (воображение преобразует, воссоздает, изобретает новые мыслеформы по своему желанию);
- генетический путь (прошлое внутри нас, генетическая память, трансперсональный опыт);
- параллельные миры (все иное).

Воспринимается через интуитивный канал, а не напрямую пятью органами чувств. Малоизученный феномен.

2.6.3. Использование мыслеобразов

Использование мыслеобразов в данной методике возможно в любых вариациях, на усмотрение пациента. Фантазия человека не имеет границ. Кто-то видит мир глазами Ван Гога, кто-то глазами Клода Моне, ограничение в образах не несет смысловой нагрузки, даже наоборот, будет иметь отрицательный эффект как любое другое ограничение. Но что касается ощущений, возникающих в момент создания мыслеобразов, то здесь пациенту (после того как он озвучил свои ощущения) необходимо задавать наводящие вопросы (характеристика висцеральных ощущений, пропедевтика внутренних болезней [87, 100]) для четкого определения характера боли. Данный аспект несет в себе не только чувственную окраску, но является диагностическим моментом, на который ориентируется терапевт.

2.6.4. Холодаины

«Холодаины — мыслеформы, которые имеют силу быть причиной появления вещей. Это единичные самостоятельные комплексы квантовой силы, фундаментальные комплексы одного динамического целого.

Холодаины реагируют во всех измерениях модели разума. Они обладают как “частичной”, так и “волновой” функцией, и прямым доступом как в физическое, так и в квантовое измерение, они помещают себя внутри шести стадий развития вашего разума и контролируют волну интереса и, таким образом, ваши мысли и чувства». [26]

С «частичной» точки зрения холодаины — это особые мыслеформы, которые создают наши банки памяти, компьютерные программы для нашего поведения. Карл Прибрам считает, что когда мы получаем послания от наших чувств через центральную нервную систему, а затем храним их в нашем мозгу, то это действует как голограмма. Голограммы могут рассказать нам многое о том, как мы постигаем, думаем, и вспоминаем, и о холодаинах, которые отражают их. Поэтому создание мыслеобразов в момент восстановления самоосознания является тонким, ювелирным процессом, в котором терапевт выступает проводником «в мир себя», играет важную роль в стремлении пациента «познать себя».

2.7. Рассуждения о разумности

Как великий художник, природа умеет и с небольшими средствами достигать великих эффектов

Г. Гейне

«Воистину наше сознание творит чудеса! Оно каким-то невероятным образом помнит о том, о чем забывает, умудряется воспринимать невоспринятое и различать неразличимое, ошибки превращает в истину и способно успешно решать загадки, решению, на первый взгляд, не подлежащие. Сознание обо всем догадывается, хотя знает лишь о том, о чем ведать не ведает, а в довершение зачастую не имеет ни малейшего представления о том, что ему хорошо известно» [1]. Может, прав М.К. Мамардашвили [94], и «сознание есть нечто такое, о чем мы как люди знаем все, а как ученые не знаем ничего»?

Сенсорный мир (то, что видится, слышится, вкушается, вдыхается, чего касается) обычно предстает в организованном виде, существует благодаря способностям человека к восприятию. Ощущения — это сырой материал для восприятия. Перцептивные процессы мозга уча-

ствуют в трех основных видах деятельности: 1) выборе ощущений, на которые стоит обратить внимание; 2) организации данных ощущений в узнаваемые паттерны и мыслеформы; 3) интерпретации полученной структуры с целью объяснения и вынесения суждений об окружающем мире. Другими словами, восприятие имеет отношение к тому, как перерабатывается эта беспорядочная масса ощущений и как ей придается значение [181].

Организм легко справляется с поставленными сознанием задачами, используя хранимую в памяти информацию, или осуществляет какие-либо действия, если понимает, что от него требуется. Организм не решает задач научения и заучивания, т.е. не закрепляет однажды созданные следы и не упрочняет образовавшиеся связи. Правомерно допущение (пусть идеализированное): организм с одного предъявления хранит в памяти всю информацию и заведомо умеет производить действия, которые будут успешно осуществляться лишь к окончанию процесса научения. Но заучивает и научается не организм в целом, а сознание, которое учится управлять организмом. В критических ситуациях сознание выбирает ту модель поведения, для сохранения организма и жизни в целом, которая наиболее подходит к этой ситуации, причем независимо, есть к этой модели поведения техническое подкрепление или нет. Достаточно увидеть, услышать, понять, как сознание в нужный момент скоординирует реакции систем и действий организма в целом, для осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение целостности или минимизации потерь. Человек может осознанно научиться (вспомнить) только тому, что он и так умеет делать, но о чем просто сознание толком не знает. Сознание пытается догадаться о хранимой в памяти информации или о действиях, которые необходимо совершить для достижения нужного эффекта, проверяет свои гипотезы в опыте, при этом упорно пытаясь защитить свои гипотезы от опровержения, т.е. защитить свой субъективный мир, разными способами подгоняя к нему реальность.

Специфичность человеческой биологии заключается в том, что сигнализация жизненно-важных факторов идет не только путем образования временных ассоциаций в постнатальный период жизни нашего организма, но и путем морфологического закрепления определенных соотношений и связей в нервных структурах в пренатальный период. Эти генетически закрепленные соотношения нервных структур обеспе-

чивают ряд важнейших поведенческих стратегий, таких как последовательность движения, предрасположенность к определенным внешним стимулам и т.д. Эти эволюционно возникшие и наследственно закрепленные структуры рассматриваются как наиболее оптимальный и экономичный способ реагирования на постоянные факторы среды. Человек от природы наделен всеми видами и формами поведения, которые в дальнейшем позволяют ему овладеть богатством социального мира. Овладение видами поведения, его мотивами, планами, схемами, возможно только тогда, когда в человеке заложены универсальные основы (генетическая, врожденная память) данного поведения, на которых строится вся система личности [36, 37].

Глава 3

ОПИСАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА «ПСИХО-ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ САМООСОЗНАНИЯ ЧЕРЕЗ ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ»

Самая большая помощь, которую ты можешь оказать человеку, — это пробудить его, напомнить ему, кто́ ОН есть на самом деле.

Нил Дональд Уолли

3.1. Введение

Учение Дао гласит: в головном мозге сосредоточен лишь наш Первый ум — наблюдающий. Второй — сознающий, находится в сердце. А третий — это ум осознающий, и расположен он в нижней части живота. Все три ума сливаются вместе в брюшной полости и образуют единый ум.

Стремление к совершенству не принесет желаемого результата лишь потому, что в итоге его не с чем будет сравнивать. Пытаться донести до людей истину и простоту вещей чревато перенаселением планеты. В стандартной медицине много спорных вопросов. Компетентность сильных мужей вызывает сомнение даже у невежды. Но в этом тоже есть божий промысел. Не может в одну единицу времени несколько поколений быть здоровыми. Иначе будет нарушен естественный отбор. У любой души (любого человека) есть выбор: быть в согласии со своим телом или вообще не задумываться о нем — и это нормально с планетарной точки зрения и аморально с точки зрения индивидуума. Опыт показывает, что даже те избранные, которым открываются знания согласованного сосуществования души и тела, философия самоосознания, не готовы осознанно улучшать качество своей жизни. Кто-то может подумать — это преступление против себя! «Это нормально». Скорее было бы ненормальным, если бы все стремились жить в согласии с самим собой.

Любой организм — это четко выстроенная система со своими законами, нормативами, исполнителями и потребителями. Это галактика, но в другом исполнении, видоизмененная. Разве можно постигнуть целое, изучая его часть. Рассмотрение тела с точки зрения разных наук, таких как психология, кардиология, пульмонология, дерматология и даже вертебрология, не может дать целостного представления о причинах, приведших к нарушению психики, дисфункции органов и систем. Какого бы широчайшего профиля ни был бы специалист, он не в состоянии понять причины болезни и недугов другого человека, так как не может чувствовать другим телом. В его компетенции — лишь правильно заданные вопросы, грамотное поддержание пациента в его стремлении найти путь к себе, в его возвращении в себя. *«Не надейтесь, что доктор сделает вас здоровым. Ваше здоровье в ваших руках»*, — Н.М. Амосов в интерпретации автора.

Мое пребывание в общественном месте иногда можно описать одним словом — паноптикум, причем во всех его смыслах:

- пространство, в котором все видно. Видно, как люди забывают душу выходя из дома, или не берут с собой разум, едет только тело, или идет тело, а за ним, еле поспевая, поодаль бредет душа;
- собрание причудливых существ: люди суетятся, куда-то стремятся. Каждый из них старается выделиться из толпы: зеленые волосы, огромные дырки в ушах, смешные прически и губы, женские мужчины и мужские женщины. Всадники без головы и колобки без тела. В голове возникает идея задать каждому вопрос: «Кто ты?», а в ответ только неосознанное броуновское движение тел;
- проект идеальной тюрьмы Иеремии Бентама. Испуганные лица, не помнящие себя, с зажатыми руками, втянутой шеей и поджатым хвостом, не выдерживающие долгого взгляда. Люди создали тюрьму и сами же в нее угодили.

Если пациент обращается за помощью, это не значит, что он тебе доверяет. Часто бывает, что пациенту необходимо еще раз убедиться в своем ущербном состоянии. Мол, от меня отказались врачи, наверное, и вы поступите так же?

Задачей терапевта является изменить сознание человека, указав ему вектор движения в сторону самоосознания, единения, целостности, любви, веры и здоровья. Дать пациенту инструменты, с помощью которых он научится слышать себя: свое тело, свой разум, свои жела-

ния, свои потребности. И в конце приема выразить пациенту свою благодарность, сказав: «Спасибо за доверие», тем самым создать ценность своего вклада в него и его вклада в самого себя.

3.2. Цели методики

Целями психо-висцеральной терапии как метода восстановления самосознания через висцеральные ощущения являются:

- соединение и восстановление или усиление субмодальностей висцеральных ощущений;
- познание себя и своего тела;
- установление (восстановление) осознанной устойчивой нейронной связи между головным и энтеральным мозгом (внутренними органами) с помощью концентрации внимания на их работе;
- правка внутренних органов (поднятие органов);
- снятие болевого синдрома;
- снятие спазмов и напряжения, устранения отеков с внутренних органов;
- улучшение (восстановление) кровообращения в брюшной полости;
- гармонизация работы органов и систем;
- восстановление нормы реакции;
- гармонизация психоэмоционального состояния;
- снятие психоэмоциональных блоков.

3.3. Задачи методики

- Основной задачей методики является помочь пациенту создать намерение самостоятельного оздоровления.
- Создать условия для того, чтобы пациент поверил в свои силы и возможности своего организма.
- Сконцентрировать внимание пациента на нем самом и его теле.
- Сконцентрировать внимание пациента не на процессе оздоровления, а на конечном результате, к которому пациент стремится.
- Обратить внимание пациента, о чем он чаще говорит, о здоровье или о болезни, показать возможности изменения паттернов путем изменения направления разговора.
- Показать наличие других возможностей и ценностей в жизни.

- Показать возможности перестановки приоритетов.
- Научить пациента осознанности своих мыслей, слов, действий и жизни.

Важной задачей для терапевта является донести этапность процесса оздоровления, возвращения к устраивающему пациента качеству жизни. Этот процесс состоит из трех этапов:

- Остановка патогенеза. Фиксирование состояния дисфункций и развитие патологий.
- Стабилизация состояния.
- Активация процесса регенерации (оздоровления).

Задачей терапевта является провести пациента от точки дисаутогнозии до момента закрепления самоосознания пациента и осознания его собственного «Я».

3.4. Практическая значимость

По окончании курса пациент приобретает знания и навыки для работы с внутренними органами, умеет самостоятельно устранять последствия стрессовых ситуаций на уровне физиологии, синхронизировать работу органов и систем. Гармонизировать психическое и физическое состояния. У пациента есть четкое понимание основных аспектов здоровья и умение слышать потребности своего организма для достижения самоосознания.

3.5. Основные принципы методики

В среднем один курс рассчитан на десять сеансов, в течение которых терапевт дает пациенту курс анатомии (наличие внутренних органов и их топография) и физиологии (взаимосвязи внутри организма и связи с внешним миром) в очень сжатой форме, только в ознакомительном порядке, далее расчет идет на то, что пациент самостоятельно продолжит ознакомление с этими и со смежными им науками. Также в теоретический курс входит ознакомление с базовыми аспектами психологии (психосоматика), микробиологии (наличие «богатого внутреннего мира»), психонейроиммунологии и т.д. в зависимости от ситуации и необходимости.

В практическую часть курса входит непосредственно висцеральный массаж, выполняемый терапевтом. Во время работы пациент зна-

комится с техниками работы с внутренними органами, обучается с помощью своих ощущений технике работы с тканями: момент вхождения в ткань, сила надавливания, момент выхода из ткани. Знакомится со схемой выполнения висцерального массажа. Учитесь слышать внутренние органы и различать, с каким органом в данный момент происходит работа в зависимости от своих ощущений.

Теоретическая и практическая части проводятся одновременно. По времени прием может длиться от 30 минут до 2 часов. В среднем около полутора часов. Желательно не выходить за рамки полутора часов (особенно на первом приеме), так как:

- организму необходимо время для адаптации;
- пациент не в состоянии воспринимать продолжительное время нестандартную для его восприятия информацию.

Прием терапевт проводит в белых, тонких трикотажных перчатках, что:

- служит для энергетической защиты терапевта;
- является гигиеническим показателем «чистоты» процедуры;
- помогает расположить пациента к терапевту (элемент доверия);
- помогает расслабить пациента (у пациента возникает чувство защищенности);
- исключает тактильный контакт терапевта с телом пациента, снижает риск полового возбуждения пациента.

При работе с пациентом терапевт должен учитывать, что восприятие висцеральных ощущений является естественным физиологическим процессом и в зависимости от интенсивности ощущений возможны варианты нормы реакций.

В конце первого сеанса терапевт выдает пациенту памятку, в которой зафиксированы основные моменты по работе с животом (для самомассажа). В памятке прописана схема и даются рекомендации (домашнее задание): по питьевому режиму, по продуктам питания, которые необходимо исключить из рациона на время прохождения курса.

3.6. Тонкости методики

Необходимость индивидуального подхода, подбор технического решения для каждого пациента создают значительные сложности для описания данного метода.

При работе с пациентами обнаруживается, что:

- 1) многие пациенты не чувствуют боли в патологичных зонах [175];
- 2) большинство пациентов не знают, где расположены внутренние органы и как они называются.

Опыт показывает, что при идентификации органов (с помощью визуализации и пальпации) в сознании пациента возникает четкое понимание, какой орган при надавливании на него проявляет себя тем или иным образом: боль (разновидности боли), жжение, тяжесть, неприятные ощущения, напряжение и т.д. Когда пациент находится в горизонтальном положении, органы расположены «один над другим». Допустим, при пальпации низа живота, при концентрации внимания на точке надавливания (точка входа в ткани) пациентка четко может определить, в каком органе она чувствует дискомфорт: матка, мочевого пузыря или прямая кишка. Причем данное самоосознание не зависит ни от возраста пациента, ни от половой принадлежности, ни от типа характера.

Для осознания процессов, происходящих в организме, важно постоянно фокусировать пациентов на изменении их ощущений и на изменениях, происходящих в организме. Многие не осознают, что происходят преобразования. По прохождению нескольких процедур пациенты говорят, что не видят особой разницы, но отмечают, «что не умирают так, как раньше». В большей степени не замечают отсутствие боли там, где она раньше сигнализировала или ярко проявлялась. Стоит только пациента спросить о формате боли на сегодня, как пациент осознает ее отсутствие. После 5-го приема пациент отрицает любые изменения, но при этом радостно сообщает, что впервые за последние 15 лет начал ходить в спортзал. Еще случай из практики: мне лучше не становится, но запишите меня на следующую неделю. Таких примеров множество. Поэтому необходимо во время приема делать «болевой» тест до процедуры и после и просить пациента в процентном соотношении оценить разницу интенсивности боли и/или ощущений, или зафиксировать (озвучить) ее отсутствие. В случае отсутствия боли необходимо позволить пациенту привыкнуть, насладиться трансформацией.

3.7. Уникальность методики

При работе с пациентами выявлены следующие закономерности: уменьшение болевых симптомов, снятие спазмов, расслабление орга-

нов происходит гораздо быстрее и эффективнее при непосредственном участии самого пациента. Когда пациент осознает, с каким органом идет работа, и при этом визуально представляет этот орган, представляет, как он расслабляется (здесь терапевтом приводятся ассоциативные примеры расслабления), то сам же пациент начинает озвучивать свои ощущения (пошло тепло, я его чувствую, по нему бегают мурашки и т.д.).

3.8. Ведение приема

Пациент лежит на кушетке, на спине. Руки либо сложены на груди, либо вытянуты вдоль тела. Ноги согнуты в коленях. Под голову нужно положить валик. При такой позиции мышцы передней брюшной стенки расслаблены (не натянуты). Главная задача пациента в начале приема — это расслабиться и довериться.

Терапевт кладет свою руку на живот пациента в область пупка для выявления болевого порога, диагностики восприятия висцеральных ощущений пациента и распознавания напряжения брюшной стенки. При этом терапевт предлагает пациенту сконцентрировать внимание на области надавливания (вхождения в ткань). Пациенту необходимо описать ощущения, которые он в этот момент испытывает.

Далее последовательно обдавливается живот по схеме, представленной в главе 2, пункт 5. При работе с каждым органом терапевт объясняет, с каким органом сейчас идет работа, где находятся границы этого органа, как орган связан со всем организмом и какие его функции.

Задача пациента — постоянно быть в сознании (при глубоком расслаблении пациент может уснуть, что является показателем качественной работы), слушать и описывать свои ощущения. Причем ответная реакция может возникать не только в брюшной полости, но и в других частях тела.

Для достижения необходимого эффекта терапевт предлагает визуализировать прорабатываемую область. Создать мыслеформу расслабления этого органа или области. Можно в пример привести следующие образы:

Прорабатываемый орган печень. Терапевт поджимает печень, пациент представляет ее замерзшей. В том месте, где находится рука терапевта, печень начинает оттаивать, тепло распространяется по всему органу, что приводит к его расслаблению.

При обдавливании желчевыводящих путей можно предложить пациенту представить, как спускается желчь. При этом часто слышатся звуки спускаемой желчи. Некоторые пациенты ассоциируют этот момент — «как будто маленькие бусинки спускаются по трубочке».

Обычно после снятия спазма или расслабления ткани, или органа пациент глубоко вздыхает. В этот момент важно зафиксировать внимание пациента на данном факте — задать вопрос, например: «О чем вы сейчас подумали? Или, от куда этот вздох был? Какой орган расслабился?» Ответ терапевту не требуется, здесь важен факт концентрации внимания пациента. После вопроса, увидев, что пациент погрузился «в себя», можно отойти от кушетки, давая пациенту возможность прочувствовать пространство вокруг себя и себя в этом пространстве.

В процессе приема в диагностических целях и для анамнеза терапевту необходимо быть с пациентом в диалоге. Иногда простой, казалось бы, безобидный вопрос становится ключевым для пациента. Рука терапевта находится глубоко в тканях, расслабление в тканях не происходит продолжительное время, терапевт задает вопрос, пациент на него откликается, реагирует, выдает эмоцию (обычно слезы) — в тканях происходит быстрое расслабление.

Терапевту желательно себя спрашивать: «Какой важный вопрос я еще не задал пациенту? Я чувствую, что еще что-то кроется в глубине его подсознания». Часто бывает так, что даже самый глубокий и искренний разговор открывает только 10—20% величины айсберга жизни пациента, остальные 80—90% находятся ниже уровня моря (сознания). Но! Даже если удастся открыть всего лишь дополнительный 1%, то и этого бывает достаточно, чтобы пробудить и инициировать в пациенте процесс исцеления от болезни.

При работе с кишечником важно сконцентрировать внимание пациента на звуках, издаваемых кишечником. Часто бывает, что пациент не слышит их.

Издаваемые кишечником звуки можно назвать феноменом, так как это похоже на разговор живота. Складывается впечатление, что у каждого живота свой характер, порой не похожий на характер хозяина. Животы рассказывают истории, жалуются, радуются, бурчат и удивляются.

Когда пациент начинает слышать свой живот, у него возникают к нему теплые чувства. Пациент начинает общаться с ним, задавать вопросы и старается интерпретировать ответы. В этот момент проис-

ходит самоосознание себя, соединяется разум и тело. После первого — второго приема пациенты рассказывают, что органы им начали сниться. Всегда в таких ситуациях возникает вопрос: «Что это значит?» Ответ прост: «Все зависит от ваших ощущений. Либо орган вас благодарит за то, что вы обратили на него внимание, либо же просит уделить ему больше внимания».

Как писалось ранее, желчный пузырь является ключевым органом в висцеральной терапии. Все манипуляции с внутренними органами начинаются с нормализации работы желчного пузыря. Старорусская медицина обозначает его директором внутренних органов. Эмпирическим путем было установлено, экзо- и эндогенно-обусловленный стресс вызывает ответную реакцию желчевыводящих путей в виде гладкомышечного спазма, который ведет к перифокальному отеку и проявляется болью или ощущением тяжести в правом боку. Опыт показывает, что именно желчный пузырь и его протоки являются сигнализаторами стрессового состояния организма. После стрессовой ситуации достаточно продавить эту область до исчезновения спазма и болевых ощущений, как по всему организму проходит волна расслабления. Пациенты-водители отмечают, что во время долгого сидения за рулем, в момент остановки, для снятия напряжения и физического и эмоционального необходимо продавить область сфинктера Одди и желчных протоков.

В повседневной жизни невозможно обойти стрессовые ситуации. Но главным моментом при возникновении подобных ситуаций является умение «разбираться» с реакцией организма на стресс. Таким образом, пациенты овладевают методом, который позволяет без каких-либо препаратов, приспособлений и медитативных техник в течение нескольких минут в моменте здесь и сейчас самостоятельно ликвидировать реакцию организма на стресс и гармонизировать работу всех систем.

Обычно на первых двух приемах пациенты ведут себя чуть замкнуто. Практика показывает, что это является нормой реакции. На третьем и последующих приемах пациенты полностью доверяют терапевту, а главное, они доверяют себе и своим ощущениям. Чем чаще происходит висцеральный массаж (самомассаж), тем быстрее идет нормализация работы внутренних органов и систем. Восстанавливаются «старые» и образуются новые нейронные связи. Головной и энтеральный мозг начинают работать в унисон.

3.9. Результаты использования метода «Психо-висцеральная терапия как метод восстановления самоосознания через висцеральные ощущения»

После прохождения курса пациенты отмечают следующие изменения:

- нормализация работы желудочно-кишечного тракта (исчезают причины запоров, метеоризма, жидкого стула и т.д.);
- уменьшение размеров живота (особенно у мужчин);
- уходит лишний вес;
- восстанавливаются функции половых органов;
- нормализуется гормональный фон;
- происходит долгожданное зачатие, благополучное вынашивание и рождение ребенка;
- исчезают отеки;
- происходит изменение положения органов (аппаратная фиксация поднятия почек);
- после первого приема (независимо от половой принадлежности) многие пациенты молодеют на 5—10 лет (на лице манипуляции не проводились);
- пациенты, годами испытывающие головную боль, после первого сеанса легко справляются с этим недугом, а к концу курса умеют забывать о нем;
- перестают болеть суставы;
- меняется осанка, выражение лица, у некоторых налаживается личная жизнь;
- при исчезновении болевых симптомов во время занятий сексом меняется качество интимной жизни, семейные пары сохраняются;
- из-за большого количества ощущений у пациентов меняются пристрастия, начинают чувствовать больше вкусов, запахов, слышать больше звуков;
- улучшение зрения;
- меняется психоземotionalный фон (одна пациентка сказала: «мне стало интересно жить»);
- возникают не только новые желания, а пациенты начинают понимать, что желания у них есть;

- меняется качество жизни, пациенты по-другому смотрят на мир вокруг себя;
- меняется отношение к себе.

Выводы

1. Изречение «Познай себя» пролонгировано в вечности. Человек разумный существует на земле около сорока тысяч лет, но все это время, из столетия в столетие каждый год ученые открывают все новые факты о строении человеческого организма, об особенностях взаимоотношений человека с окружающим миром и с самим собой. Кажется, что этот процесс познания бесконечен. Еще в начале столетия считалось, что кровь человека стерильна и что через гематоплацентарный барьер не может пройти ни одна бактерия. Сегодня информация о том, что плод имеет внутриутробно свою микрофлору кишечника, уже зафиксированный факт. Только пять лет назад ученые обнаружили лимфатическую систему головного мозга. Несмотря на то, что вопросом души и духовности человек интересуется, даже сложно сказать, сколько времени, психология, как наука, возникла чуть больше ста лет назад. Человек развивает свои возможности, что непременно влечет за собой возникновение новых фобий, зависимостей и факторов стресса. Каждый год появляются новые отрасли психологии. На сегодняшний день самостоятельных разделов психологии насчитывается уже больше ста. С одной стороны, можно сказать, что человек не торопится узнать себя, с другой стороны, из-за большого темпа развития человек не успевает себя изучать.

Суть данной книги заключается во фразе «познай себя», и основным вопросом является вопрос «что такое человек?». Для того чтобы «познать себя» и ответить на глобальный вопрос, необходимо рассмотреть различные факты многих областей науки, казалось бы, никак не связанных между собой и изучающих совершенно разные предметы. Но не «стандартная» постановка вопросов и не боязнь совместить несовместимое помогает открывать тайны человеческой сущности. Какое отношение микробиом человека имеет к когнитивной психологии? Какая связь между стрессовой ситуацией с сфинктером Одди? Что общего между современными зависимостями (фобиями) и пищевым поведением человека? Почему дети-сироты, не зная своих родителей, повторяют их мимику и повадки?

Вполне естественно, что психология или физиология по отдельности не в состоянии увидеть полную картину предмета и дать компетентное заключение о том, что есть человек. До определенного момента в истории человечества превалировала тенденция разделять науки на более узкие отрасли. Такой подход, к углубленному изучению чего-либо, невозможно переоценить. Понимание, что из себя представляют мельчайшие частицы изучаемого объекта, дает возможность понимать, как эти частицы взаимодействуют между собой и как это взаимодействие отражается на всем объекте. Последнее время наблюдается обратная тенденция — объединение наук. Целостность организма и прогресс подвели ученых к необходимости интегрировать полученные знания. Межнаучная интеграция преобразовывает науки, стимулирует дальнейшее развитие, обогащает знания и опыт, приближает к практике.

Так в данной книге рассматриваются и обсуждаются результаты: нейроэндокринологии, гастроэндокринологии, нейрогастроэнтерологии, эмбриологии, психогеномики, нейропсихологии, психофизиологии (психофизиология: мотивации и эмоций, сенсорная, речи и мышления, стресса, организации движений и т.д.), генетической, дифференциальной, медицинской, аномальной и поведенческой психологии, патопсихологии, психодиагностики и т.д. Все эти дисциплины изучают один объект — человека, но с разных сторон и под разными углами. Результаты трансдисциплинарного подхода помогают терапевту увидеть глубинные возможности человека. Опираясь на интегрированные теоретические знания, найти пути взаимодействия с индивидом и направить пациента дорогой самоосознания к здоровью.

2. Новые данные дают ответы на вопросы, которые ранее не поддавались объяснению и воспринимались как аксиома (принято так считать, ученые договорились, так исторически сложилось и т.д.) Например, вопрос относительно эмоций. Психологи полагают, что эмоции — это реакция, сформированная на основе опыта индивида. А как же тогда грудные дети формируют свои эмоции? На какой и чей опыт их сознание может опираться? Ответы на эти вопросы в виде гипотезы помогают выдвинуть генетика, эмбриология, микробиология, психология, психогеномика, микробиология и нейрогастроэнтерология. Наличие бактерий в кишечнике человека, их влияние

на недавно обнаруженный энтеральный мозг и гормональный фон объекта, подтверждение того, что ребенок рождается уже с определенным набором микроорганизмов в желудочно-кишечном тракте, наталкивает на мысль, что человек не одинок, как это принято считать с точки зрения философии. Человек рождается с «богатым внутренним миром» (не один) и умирает с внутренним миром (не один). Бактерии способны с помощью горизонтального переноса встраивать свои гены в геном человека, это позволяет им на генетическом уровне обеспечивать себе среду обитания в новом организме еще на стадии оплодотворения яйцеклетки. Плацента, являясь эмбриональным органом, несет в каждой клетке бактериальные гены, значит, в плаценте есть генетическая память о своих сородичах, которая обеспечивает беспрепятственный плацентарный проход (вход и выход) бактериям. Возможно, благодаря такой способности микроорганизмов у ребенка при рождении и обнаруживаются кишечные бактерии. Данная мысль высказывается в виде гипотезы.

В генах бактерий, как в любом другом живом существе, запечатлен опыт предыдущих поколений. У кишечных бактерий суммарно имеется в 150 раз больше генов, чем у человека. Можно предположить, что генетическая память человека основана на генетической памяти бактерий.

Так как большее количество бактерий находятся в кишечнике, а в желудочно-кишечном тракте находится большое количество нейронов, представляющих собой энтеральный мозг, то можно предположить, что именно он (энтеральный мозг) является носителем генетической памяти, тогда как головной мозг — приобретенной. Если это так, то тогда автор на вопросы: «На основании чего грудные дети формируют свои эмоции?», «Почему дети-сироты, не зная своих родителей, повторяют их мимику и повадки?» и «Почему поговорки об эмоциях базируются на физиологических процессах, происходящих в животе?» находит ответы в именно во взаимосвязи бактерий, энтерального мозга, генетической памяти и поведенческими особенностями человека. Некоторые ученые предлагают кишечные бактерии выделить в отдельный орган. Тогда логично представить энтеральный мозг как орган, который отвечает за ощущения и эмоции. Сигналы об ощущениях передаются в головной мозг (оперативная память) для обработки, и если эта информация является новой для данного организма, то головной мозг ее сохраняет как вновь приобретенный опыт.

При этом энтеральный мозг выдает ответную реакцию — эмоцию, опираясь на варианты, находящиеся в генетической памяти. Так вот откуда сознание знает, как и на что нужно человеку реагировать, поэтому телу не надо учиться реагировать, оно давно все знает, ему нужно только вспомнить. В стрессовых ситуациях (допустим, угрожающих жизни) головной мозг (разум, сознание) отключается, наступает состояние аффекта, включается телесная память и срабатывает инстинкт самосохранения. Можно предположить, что телесная память и инстинкт самосохранения тоже являются продукцией энтерального мозга (высказывается в виде гипотезы). Данная гипотеза подтверждает существующее мнение, что организм с одного предъявления хранит в памяти всю информацию и заведомо умеет производить действия, которые будут успешно осуществляться лишь к окончанию процесса научения.

Исследования психогеномики подтверждают, что в генах нет строгой программы, которую неукоснительно выполняет организм. Формирование генотипа, а следовательно, и поведенческие особенности зависят от семейства бактерий, преобладающих в организме индивида. Бактерии влияют на пищевое поведение, тем самым играют немаловажную роль в настроении человека.

Бактерии синтезируют гормоны, а гормональный фон оказывает колоссальное влияние на психоэмоциональное состояние человека. Взаимосвязь между энтерогуморальной регуляцией и психическим состоянием человека очевидна. Термин «энтерогуморальная регуляция» (от др.-греч. ἔντερον — кишечник) — механизм регуляции процессов жизнедеятельности в организме, осуществляемый через жидкие среды организма (кровь, лимфу, тканевую жидкость, слюну) с помощью гормонов, выделяемых клетками, органами и тканями желудочно-кишечного тракта, введен автором книги.

Итак, основной гипотезой данной книги определилось понимание, что энтеральный мозг лежит в основе психики человека. Именно энтеральный мозг отвечает за генетическую память поведенческих особенностей индивида. Энтеральный мозг является органом, способным воспринимать ощущения и на основании генетической памяти продуцировать эмоции.

Если в процессе рассмотрения психики человека брать во внимание не только головной мозг — как орган, отвечающий за рефлексy и сома-

тосенсорные реакции, но исследовать энтеральный мозг — как орган, отвечающий за ощущения, эмоции и врожденные инстинкты, то, возможно, ученым откроются новые перспективы в решении задач изучения объективных психологических закономерностей (психических процессов, психологических свойств личности и психологических особенностей деятельности человека).

3. Вышеизложенные материалы, понимания, заключения, предположения и гипотезы подтверждают гармоничный синтез психологии и физиологии и позволяют максимально эффективно выстраивать работу с пациентами.

Если тело (кожа, мышцы) — это представительство внутренних органов, то дисфункция тех или иных органов приводит к зажимам определенных групп мышц, которые влияют на положение тела человека в пространстве, на его осанку, походку и т.д., что в свою очередь влияет на его проекцию себя в социуме. Как уже говорилось, из-за дисфункций происходят ограничения в движении, которые человек не всегда осознает. В здоровом состоянии (как он себя позиционирует) индивид представляет собой (несет в себе) другую информацию о себе. Фактическая проекция себя дает от внешнего мира индивиду «искривленную» обратную связь, опираясь на нее, человек создает о себе представление, которое не совпадает с его внутренними ощущениями. Происходит когнитивный диссонанс. Избежать такого состояния раз и навсегда помогает самоосознание, которое происходит в процессе психо-висцеральной терапии.

Предполагая, что именно энтеральный мозг отвечает за ощущения и эмоции, нет необходимости описывать важность его гармоничной и слаженной работы. Как уже говорилось, «только в расслабленном состоянии органы и системы органов могут работать адекватно!». Соответственно висцеральная терапия есть прямое показание для восстановления психического и физиологического здоровья и улучшения качества жизни.

4. Достичь пациенту самоосознания помогает определение его психотипа. Этот аспект является одним из основных в работе с пациентом. Честный взгляд на причины своего нездоровья, определение вторичных выгод помогают пациенту задуматься о себе. Концентрация вни-

мания на образе жизни (что, как и о чем индивид говорит) позволяет человеку безболезненно отказаться от старых и создать новые паттерны.

Создание мыслеобразов при работе с внутренними органами дает возможность пациенту научиться видеть себя изнутри, слышать свои органы и потребности, ощущать состояние дискомфорта после стрессовой ситуации на уровне физиологии и умение быстро приводить организм в состояние равновесия. Как показывает опыт, при проведении психо-висцеральной терапии без концентрации пациента на своих ощущениях эффект от работы достигается медленнее и имеет частые возвраты к прежнему состоянию. Когда пациент вовлечен в процесс оздоровления осознанно, тогда результат от манипуляций достигается быстрее и пациент получает инструмент для самостоятельной работы.

Заключение

В заключение хотелось бы поделиться видением способов внедрения описанной методики психо-висцеральной терапии в работу профессиональных психологов и дать некоторые рекомендации:

1. Так как психология и физиология человека — науки, неразрывно связанные между собой и дающие в совокупности более полное представление об изучаемом объекте, то имеет смысл при работе с пациентами брать во внимание как психологические, так и физиологические аспекты. Односторонний подход к психологическим проблемам личности не позволяет достичь желаемых результатов.

2. Базовыми навыками терапевта, необходимыми для продуктивной работы в области психо-висцеральной терапии, являются:

- фундаментальные знания в области медицины;
- клиническое мышление и способность выстраивать причинно-следственные связи при развитии психофизиологических патологий;
- умение терапевта слышать свой организм;
- осознанное восприятие висцеральных ощущений;
- понимание различий в афферентации висцеральной чувствительности и соматосенсорной информации;
- знание взаимосвязей между психологическими и физиологическими аспектами.

3. Профессиональным психологам рекомендуется изучать фундаментальные медицинские дисциплины (анатомия и физиология) если не на уровне медицинских вузов, то как минимум в общем порядке.

4. Интегративный подход к вопросу здоровья личности ведет к оздоровлению нации в целом.

5. Научно-технический прогресс и его темпы оказывают на индивида постоянное разрушающее воздействие. С точки зрения здравого смысла, логично, профессиональным психологам заниматься не профилактикой стрессов, а обучением пациентов самостоятельному выходу из стрессовых ситуаций, применяя навыки психо-висцеральной терапии, путем самоосознания через висцеральные ощущения.

Библиография

1. Аллахвердов В.М. Методологическое путешествие по океану бессознательного к таинственному острову сознания. СПб., 2003. С. 12.
2. Алиев Х.М. Электронные книги: «Метод Ключ. Разблокируй свои возможности. Реализуй себя!», «Свое лицо, или Формула счастья», «Ключ». URL: <http://mexalib.com/author/%D0%90%D0%BB%D0%B8%D0%B5%D0%B2%20%D0%A5%D0%B0%D1%81%D0%B0%D0%B9>
3. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. М.: Наука, 1977.
4. Аниша Л. Диллон. Высвобождение энергии. Тантрические пульсации для расслабления, раскрытия сексуальности и достижения высших состояний. СПб.: Весь, 2013.
5. Антти Ревонсуо. The Science of Subjectivity. Психология сознания. СПб.: Питер, 2012.
6. Асатиани А.В., Бакурадзе А.Н. Нейрогуморальные механизмы пищевой деятельности. Тбилиси: Мецниереба, 1974.
7. Ашванден Кристи. Интернет-ресурс FiveThirtyEight «Как ваш кишечник влияет на ваше настроение». URL: <https://fivethirtyeight.com/features/gut-week-gut-brain-axis-can-fixing-my-stomach-fix-me/>
8. Ашмарин И.П. Регуляторные пептиды, происхождение и иерархия // Журнал эволюционной биохимии и физиологии. 1982. Т. 18. № 1. С. 3—10.
9. Белов В.И. Психология здоровья. СПб., 1994.
10. Бергер Е.Е., Тугорская М.С. Хрестоматия по истории медицины / под ред. проф. Д.А. Балалыкина. М.: Литтерра, 2012. С. 30, 47—48.
11. Березанская Н.Б., Нуркова В.В. Психология: учеб. пособие. М.: Юрайт, 2003.
12. Билибин Д.П., Шевелев О.А., Ходорович Н.А. Типовые механизмы регуляции висцеральной ноцицепции / Российский университет дружбы народов // Электронный журнал Российского межрегионального общества по изучению боли. URL: http://xn--90ahkkihmp7a.xn--plai/publications/visceralpain/page.php?clear_cache=Y
13. Блейлер Э. Руководства по психиатрии. Репринтное издание. М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993. С 37—38.
14. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство, 2005.
15. Медицинская вирусология, иммунология / под ред. А.А. Воробьева. 2-е изд. М.: Медицинское информационное агентство, 2012.

16. Брин В.Б. Физиология человека в схемах и таблицах. 2-е изд. Ростов н/Д.: Феникс, 1999.
17. Булгаков С.А., Рощина Г.М., Бобков А.И. и др. Изолированный желудочно-кишечный тракт синтезирует АКТГ и, возможно, тиреоидные гормоны и энкефалины // Докл. АН СССР. 1982. Т. 266. № 4. С. 1017—1019.
18. Булгаков С.А., Рощина Г.М., Бобков А.И. и др. Характеристика гормональных функций пищеварительного аппарата, основанная на сочетании перфузии изолированного алиментарного комплекса и радиоиммунологического определения гормонов // Докл. АН СССР. 1981. Т. 259. № 6. С. 1506—1508.
19. Быховская И.М. Телесность как социокультурный феномен. Культурология. XX век: словарь. СПб., 1997.
20. Вайсфельд М.Л., Кассиль Г.Н. Гистамин в биохимии и физиологии. М.: Наука, 1981.
21. Вальдман А.В. Принципиальные проблемы изучения эмоционального поведения в эксперименте на животных // Экспериментальная нейрофизиология эмоций. Л.: Наука, 1972. С. 6, 14.
22. Вахрушев Я.М., Лабушева И.А., Уголев А.М. Кишечная гормональная система и специфическое динамическое действие пищи // Докл. АН СССР. 1983. Т. 268. № 6. С. 1509—1512.
23. Вахрушев Я.М., Трусов В.В., Уголев А.М. Специфическое динамическое действие пищи и гормональные сдвиги у человека // Физиология человека. 1984. № 3. С. 445—449.
24. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1988.
25. Вернадский В. И. Проблемы биогеохимии // Труды биогеохимической лаборатории. М.: Наука, 1980. Т. 6. С. 320.
26. Вернон Вульф. Холодинамика. Вся сила в действии. М.: Ассоциация Холодинамики, 1995.
27. Вундт В. Введение в психологию = Einführung in die Psychologie. М.: КомКнига, 2007. 168 с. (Из наследия мировой психологии.)
28. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Педагогика-Пресс, 1999.
29. Гален. Сочинения. Т. 1. М.: Весть, 2014. С. 342.
30. Ганзин И.В. Нарушение самосознания при тревожно-фобических расстройствах. Симферополь: Инженерно-педагогический ун-т, 2015. С. 7—39.
31. Геллер Л.И. Основы клинической эндокринологии системы пищеварения. Владивосток: Изд-во Дальневосточного ун-та, 1988. С. 152.
32. Генри Дж.П. Нейроэндокринные образцы эмоционального ответа // Биологические основы эмоции / под ред. Р. Плучик, Х. Келлерман. М., 1986. Т. 3. С. 37—60.
33. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. М.: ЧеРо, 2002. С. 319.

34. Гончаренко М.С., Маслова Н.В., Куликова Н.Г. Ноосферное образование — ключ к здоровью. М.; Харьков: Институт холодинамики, 2011.
35. Горчаков В.Ю. Введение в теорию информации природных систем: курс лекций. Киев, 2013. С. 23.
36. Гуревич П.С. Человек: Мыслители прошлого и настоящего о его жизни, смерти и бессмертии. Древний мир — эпоха Просвещения. М.: Политиздат, 1991.
37. Гуревич П.С. Клиническая психология: учебник для вузов. М.: NOTA BENE, 2001.
38. Гурджиев Г. Взгляды из реального мира. Записи бесед и лекций Гурджиева. М.: Энигма, 2015.
39. Данилов А.В., Ключева А.А. Краткий обзор результатов гемосканирования участников психологического тренинга «Путь к себе. Развитие личности через голос» // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2017. № 1. URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=105>
40. Данилов А.В., Ключева А.А. Результаты исследования изменения внутренних сред организма в процессе корректировки психоэмоционального состояния человека // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2017. № 3. URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=127>
41. Данилов А.В. Голос человека как инструмент психологической коррекции личности и улучшения социальных коммуникаций. М.: Перо, 2016.
42. Данилова Н.Н. Психофизиология: учебник для вузов. М., 2000.
43. Додонов Б.И. Эмоция как ценность. М.: Политиздат, 1978.
44. Джалиев И.Т., Лагутина Н.И., Фуфачева А.А. О центральных механизмах регуляции кровообращения и дыхания у обезьян // Физиологический журнал СССР. 1963. № 3. С. 330—337.
45. Джеймс Вильям. Что такое эмоция // Mind. 1884.
46. Дж. Роут. Химия XX века. М.: Мир, 1966.
47. Диоген Лаэртский. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. М.: Мысль, 1986.
48. Дипак Ч. Как преодолеть вредные привычки. Духовный путь к решению проблемы. София, 2003.
49. Дипак Ч. Тело и ум, неподвластные времени: Квантовая альтернатива старению. София, 2009.
50. Дружинина В.Н. Психология: учебник для гуманитарных вузов. СПб.; М.; Харьков; Минск, 2001. С. 128.
51. Желудочно-кишечные гормоны и патология пищеварительной системы / под ред. М. Гроссмана и др. М.: Медицина, 1981.
52. Жикаренцев В.В. Путь к Свободе. Взгляд в Себя. М.: АСТ; СПб.: Астрель, 2008.
53. Жмуров В.А. Психопатология: в 2 ч. Иркутск: ИГУ, 1986. Ч. I. С. 70—95.

54. Жолондз М.Я. Сахарный диабет. Новое понимание. СПб.: Век, 1999.
55. Замбрицкий И.А. Пищевой центр мозга. М.: Медицина, 1989.
56. Изард Кэррол Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2000.
57. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2011.
58. Интернет-ресурс Академик. URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/dic_micrобиology/1595/%D0%93%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F
59. Интернет-ресурс Большая медицинская энциклопедия. URL: http://xn--90aw5c.xn--clavg/index.php/%D0%97%D0%90%D0%A5%D0%90%D0%A0%D0%AC%D0%98%D0%9D%D0%90%D0%93%D0%95%D0%94%D0%90_%D0%97%D0%9E%D0%9D%D0%AB
60. Интернет-ресурс Википедия. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D1%82_%D0%A3%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D1%8F%D0%BC
61. Интернет-ресурс Википедия. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BD>
62. Интернет-ресурс Лайфхакер. URL: <https://lifehacker.ru/2016/06/02/your-gut-affects-your-mood/>
63. Интернет-ресурс Люди. URL: <http://www.peoples.ru/medicine/neurosurgery/medvedev/>
64. Интернет-ресурс Медицинская энциклопедия. URL: <http://www.xn--80aacc4bir7b.xn--plai/%D1%8D%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B8/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D1%8D%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%8F/%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8C>
65. Интернет-ресурс Национальная психологическая энциклопедия. URL: <https://vocabulary.ru/termin/visceralnye-oschuschenija.html>
66. Интернет-ресурс Национальная энциклопедическая служба России. URL: <https://vocabulary.ru/termin/disautognozija.html>
67. Интернет-ресурс Психологос: энциклопедия практической психологии. URL: <http://www.psychologos.ru/articles/view/mehanizmy-vozniknoveniya-emociy-e.p.-ilin>
68. Интернет-ресурс Студопедия. URL: http://studopedia.ru/8_204017_televidenie.html
69. Интернет-ресурс Школы оздоровительных практик. URL: <http://xn--bladislcap3kj.xn--plai/diafragma/>
70. Интернет-ресурс Энциклопедический словарь крылатых слов и выражений. URL: <http://www.bibliotekar.ru/encSlov/15/110.htm>
71. Интернет-ресурс NCBI. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7716/>

72. Интернет-ресурс https://econet.ru/articles/165865-erin-rabke-vash-zhivot-moschnyy-energeticheskiy-tsentr?utm_source=dlvr.it&utm_medium=facebook
73. Интернет-ресурс <https://www.ja-zdorov.ru/blog/vtoroj-mozg-v-zhivote/>
74. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник для вузов. 4-е изд. СПб.: Питер, 2004.
75. Кващук В.В. Лекции по психологии здоровья. Таганрог: ТИУиЭ, 2003.
76. Ключева А.А. Авторское свидетельство № ЕС-01-001222 от 27 июня 2017 г. в международном депозитарии авторских произведений «INTEROCO» Copyright Office (Германия, г. Берлин).
77. Ключева А.А. Нераскрытые свойства фагоцитов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2017. № 2. URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=123>
78. Ключева А.А. Почему не вагус, а спинной мозг? Особенности иннервации проксимальных и дорсальных отделов толстой кишки. Влияние микробиоты на приспособительные функции индивида // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=130>
79. Ключева А.А., Белухина Е.П., Лисицин В.И. Периодизация медицины древней Руси и роль слова в лечении болезней // Клиническая медицина. Вопросы клиники, диагностики, профилактики и лечения: межвуз. сб. стран СНГ. Великий Новгород; Алматы, 2015. Т. 23. С. 143—147.
80. Ключева А.А., Сененко А.Ш. Сестринский процесс в гирудотерапии // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2017. № 1. URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=96>
81. Козлов В.В., Гиришон А.Е., Веремеенко Н.И. Интегративная танцевально-двигательная терапия. М.: Титул, 2005.
82. Козлов В.В. Психология дыхания, музыки, движения. М.: Международная академия, 2009.
83. Козлов В.В. Психотехнологии измененных состояний сознания. Личностный рост. Методы и техники. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001.
84. Колберт Д. Смертельные эмоции. Триада. Тверь, 2010.
85. Косицкий Г.И. Физиология человека. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1985.
86. Круткин В.Л. Телесность человека в онтологическом измерении // Общественные науки и современность. 1997. № 4. С. 147—151.
87. Кукес В.Г., Маринин В.Ф., Реуцкий И.А., Сивков С.И. Врачебные методы диагностики: учеб. пособие для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
88. Кутушов М.В. Основы нелинейной медицины. ДСТ-, бактерио-, меандро-, аква-, пищевая, фрактальная терапия. М., 2012. С. 84.
89. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1993.
90. Литвицкий П.Ф. Патофизиология: учебник: в 2 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

91. Ломов Б.Ф. Научно-техническая революция и некоторые проблемы психологии // Вопросы философии. 1982. № 2. С. 64—78.
92. Лоуэн А. Удовольствие: Творческий подход к жизни. М.: Психотерапия, 2011. С. 25—30.
93. Маев И.В., Самсонов А.А. Болезни двенадцатиперстной кишки. М.: МЕДпресс-информ, 2005.
94. Мамардашвили М.К. Необходимость себя. Введение в философию, доклады, статьи, философские заметки. М., 1996. С. 215.
95. Мандель Б.Р. Психология стресса: учеб. пособие. М.: ФЛИНТА, 2014.
96. Мягер В.К., Гошев А.И. Соотношение адренергических и холинергических веществ при некоторых невротических симптомах // Журнал невропатологии и психиатрии. Вып. 5. 1964. С. 242.
97. Меграбян А.А. Деперсонализация. Ереван: Армянское государственное издательство, 1962.
98. Меграбян А.А. Личность и сознание (в норме и патологии). М.: Медицина, 1978. С. 27—39.
99. Мунипов В.М., В.П. Зинченко. Эргономика. Логос, 2001. С. 356.
100. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней: учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.
101. Поздеев О.К. Медицинская микробиология: учебник. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
102. Научно-техническая революция и ее социальные аспекты // Коммунист. 1982. № 12. С. 13—24.
103. Нерсеянц В.С. Сократ. М.: Наука, 1977.
104. Нерсеянц В.С. Сократ. М.: ИНФРА-М: Норма, 1996.
105. Ницше Ф. Воля и власть: опыт переоценки всех ценностей. М.: REEL-book, 1994.
106. Обзор тенденций на глобальном и российском фармацевтическом рынке. Фонд развития промышленности. URL: www.frprf.ru.https://docviewer.yandex.ru/view/19260828/?*=anLjGra1dNj9T29R1s9ycgHozZ57InVybcI6Imh0dHA6Ly9mcnByZi5ydS9maWxIL0Zhcm0ucGRmlIiwidGI0bGUiOiJGYXJtLnBkZiIsInVpZCI6IjE5MjYwODI4IiwieXUiOiI0ODAyNDUyMDgxNDglMTc0NTc1Iiwibm9pZnJhbWUiOnRydWUsInRzIjoxNDk0MDAxOTYyNDElfQ%3D%3D&page=1&lang=ru
107. Огулов А.Т. Азбука висцеральной терапии или висцеральная хиропрактика в старорусской медицине, или Мануальная терапия внутренних органов по методу Огулова. М.: Предтеча, 2016.
108. Огурцов А.П. Тело. Новая философская энциклопедия: в 4 т. М.: Мысль, 2000. Т. 1.
109. Ольшанский Д.В. Об экспериментальном изучении структуры самосознания // Новые исследования в психологии. 1984. № 2. С. 17—22.

110. Павлов И.П. Живосечение // Павлов И.П. Полн. собр. соч. М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1952. Т. 6. С. 72—74.
111. Панферов В.Н. Основы психологии человека. СПб.: Речь, 2009. С. 310.
112. Печчеи А. Человеческие качества. М.: Прогресс, 1985. С. 297.
113. Платон. Собр. соч.: в 4 т. М.: Мысль, 1990—1994.
114. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса: новый диалог человека с природой. М.: Прогресс, 1986.
115. Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М.: АСТ, 2005.
116. Психологос — образовательный проект, энциклопедия практической психологии. URL: <http://www.psychologos.ru/articles/view/transdisciplinarnost-v-sovremennoy-nauke>
117. Подорога В.А. Тело-без-органов. Новая философская энциклопедия: в 4 т. М.: Мысль, 2000. Т. 1.
118. Прозоркина Н.В., Рубашкина Л.А. Основы микробиологии, вирусологии и иммунологии: учеб. пособие для студ. мед. училищ и колледжей. М.: Феникс, 2012.
119. Проссер Л. (Prosser). Сравнительная физиология животных / под ред. Л. Проссера. М.: Мир, 1977. Т. 1. С. 608; Т. 2. С. 571.
120. Проссер Л., Браун Ф. Сравнительная физиология животных. М.: Мир, 1967.
121. Рязодорожный А.А. Охрана труда и производственная безопасность: учеб.-метод. пособие. М.: Экзамен, 2005. (Серия «Документы и комментарии».)
122. Райх В. Анализ личности. М.; СПб., 1999.
123. Ранние диалоги Платона и сочинения платоновской школы. М.: Мысль, 1986. Т. 98. (Серия «Философское наследие».)
124. Скворцова Я.Б., Поленов А.Л., Уголев А.М. Гипоталамо-гипофизарная нейросекреторная система (ГГНС) у кошек после удаления и изоляции двенадцатиперстной кишки: о возможности влияния интестинальных гормонов на ГГНС // Докл. АН СССР. 1973. Т. 211. № 1. С. 252—255.
125. Симонов П.В. Условные реакции эмоционального резонанса у крыс // Нейрофизиологический подход к анализу внутривидового поведения. М.: Наука, 1976, С. 166.
126. Симонов П.В. Что такое эмоция? М.: Наука, 1966.
127. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981.
128. Синельников Р.Д., Синельников Я.Р., Синельников А.Я. Атлас анатомии человека. Т. 2. М.: Новая волна, 2016.
129. Смагин В.Г., Виноградов В.А., Булгаков С.А. Лиганды опиатных рецепторов: Гастроэнтерологические аспекты. М.: Наука, 1983.
130. Смит Н. Современные системы психологии. СПб., 2003. С. 87.
131. Снегирев В. Психологические сочинения Аристотеля. Вып. I. Исследование о душе. Казань, 1885.

132. Соловьев В.С. Смысл любви // Соловьев В.С. Соч.: в 2 т. М., 1988. Т. 2.
133. Сочинение Галена «О нравах» // *De consuetudinibus* / Ed. J. Marquardt; Claudii Galeni Pergamentii. Scripta minora. Vol. 2. Leipzig: Teubner, 1891. С. 9—31.
134. Судаков К. Нормальная физиология. Медицинское информационное агентство. М., 2006.
135. Стасевич К. В человеческой плаценте нашли ротовую микрофлору // Наука и жизнь. URL: <https://www.nkj.ru/news/24383/>
136. Стасевич К. Сколько бактериальных генов уместится в одном человеке? // Наука и жизнь. URL: <https://www.nkj.ru/news/24383/>
137. Тарантул В.З. Геном человека: Энциклопедия, написанная четырьмя буквами // Научно-популярный портал по генетике. URL: <http://mygenome.su/articles/89>
138. Терехин В.А. Ощущения и восприятие: учебник. Ростов н/Д., 2008.
139. Тиц С.Н. Человеческий фактор. Электронное учебное пособие / Минобрнауки России. Самара: Национальный исследовательский ун-т, 2012.
140. Уголев А.М. Биосфера и ее трофосфера // В.И. Вернадский и современность. М.: Наука, 1986а. С. 170—180.
141. Уголев А.М. Теория адекватного питания и трофология Л.: Наука, 1991. Гл. 6.
142. Уголев А.М. Трофология — новая междисциплинарная наука // Вестн. АН СССР. 1980. № 1. С. 50—61.
143. Украинская психологическая терминология: словарь-справочник. К.: Информационно-аналитическое агентство, 2010.
144. Урманцев Ю.А. Общая теория систем в доступном изложении. М.; Ижевск: НИЦ «Регулярная и хаотическая динамика», 2014.
145. Федорович Г.В. Рациональная эпидемиология профессиональных заболеваний. Saarbrucken, Deutschland: Palmarium Academic Publishing, 2014.
146. Флоренский П.А. Столп и утверждение истины. М., 1990. Т. 1.4.1.
147. Вайнер Э.Н., Кастюнин С.А. Адаптивная физическая культура: краткий энциклопедический словарь. М.: ФЛИНТА, 2012.
148. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. Двадцать четвертая лекция. Обычная нервозность. URL: <http://www.magister.msk.ru/library/philos/freud/freud225.htm>
149. Фостер Джейн. Чувства кишки: бактерии и мозг. URL: <http://dana.org/Cerebrum/Default.aspx?id=39496>
150. Фостер Дж.А., Маквей Нойфельд К.А. Гут-мозговая ось: как микробиом влияет на беспокойство и депрессию // Тенденции Neurosci. 2013. С. 36, 305—312.
151. Хайдеггер М. Разговор на проселочной дороге. М., 1992.
152. Хей. Л. Исцели себя сам. М.; СПб.: Олма Медиа Групп, Олма-Пресс, 2006.

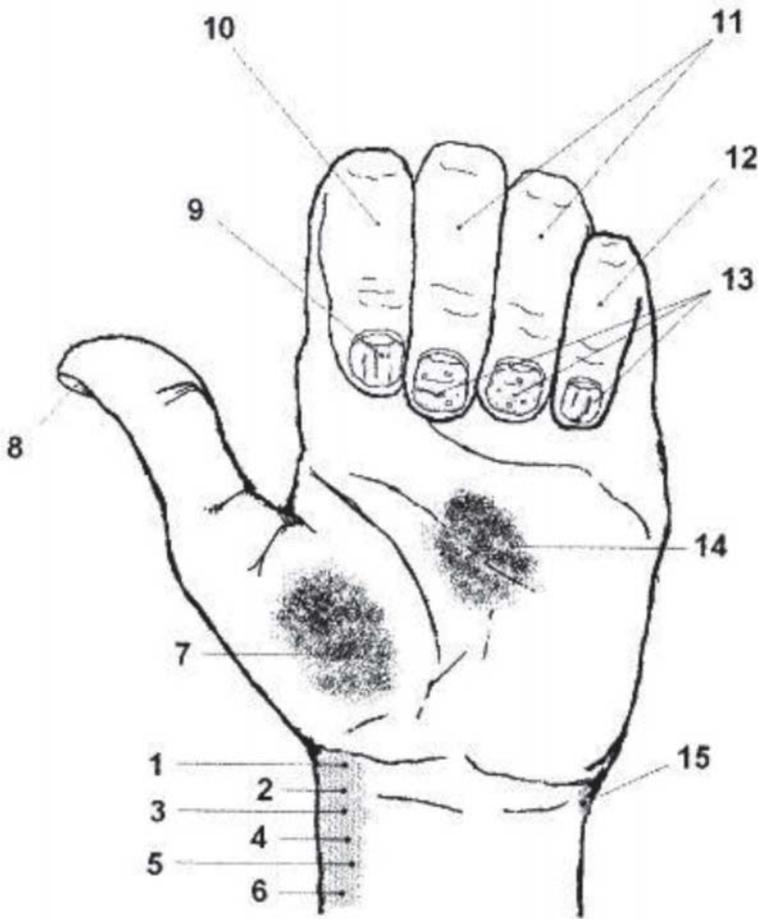
153. Цветус-Сальхова Т.Э. К определению понятий «тело» и «телесность». URL: http://otherreferats.allbest.ru/philosophy/00267767_0.html
154. Чудновский В.С. Вопросы теории и практики изучения самосознания при психических заболеваниях. Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации. Куйбышев, 1982. С. 3—18.
155. Шапиро Д. «Разум лечит тело». Минск: Попурри, 1998.
156. Шекспир У. 16 Сонеты. СПб.: Тесса, 2001.
157. Шекспир У. 118 Сонеты. СПб.: Тесса, 2001.
158. Шекспир У. 333 сонета. Симферополь: Реноме: ЛИРА, 2001.
159. Шулевский Б. Самосознание и бездна виртуальности // *Философия хозяйства*. 2015. № 1 (97). С. 83—98.
160. Шульц Д., Шульц С. Психология и работа. 8-е изд. СПб.: Питер, 2003.
161. Шутценбергер А.А. Практические занятия по психогенеалогии. Раскрыть семейные секреты, отдать долги предкам, выбрать свою собственную жизнь. М.: КЛАСС, 2016.
162. Шутценбергер А.А. Психогенеалогия. Как излечить семейные раны и обрести себя. М.: Психотерапия, 2010.
163. Шутценбергер А.А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. М.: Психотерапия, 2011.
164. Шмидт-Нильсен К. Физиология животных: Приспособление и среда. М.: Мир, 1982. Т. 1, Т. 2.
165. Эндерс Дж. Очаровательный кишечник. Как самый могущественный орган управляет нами. М.: Э., 2017.
166. Ясперс К. Общая психопатология / пер. Л.О. Акопян. М.: Практика, 1997. С. 10—11, 159—167.
167. Alexandra J. Obregon-Tito, Raul Y. Tito, Jessica Metcalf, Krithivasan Sankaranarayanan, Jose C. Clemente, Luke K. Ursell, Zhenjiang Zech Xu, Will Van Treuren, Rob Knight, Patrick M. Gaffney, Paul Spicer, Paul Lawson, Luis Marin-Reyes, Omar Trujillo-Villarroel, Morris Foster, Emilio Guija-Poma, Luzmila Troncoso-Corzo, Christina Warinner, Andrew T. Ozga, Cecil M. Lewis. Subsistence strategies in traditional societies distinguish gut microbiomes // *Nature Communications*. URL: <https://www.nature.com/articles/ncomms7505>
168. Barry-Jester Anna Maria. Is Gut Science Biased? // *FiveThirtyEight*. May 17, 2016. URL: <https://fivethirtyeight.com/features/gut-week-global-guts-western-bias/>
169. Ballentine R. *Science of breathe*. Glenview, 1976.
170. Carretti Elias. *Crowds and Power*. New York: Viking Press, 1963. P. 468.
171. Clarke G., Grenham S., Scully P., Fitzgerald P., Moloney R.D., Shanahan F., Dinan T.G. и Cryan, J.F. (2012), Damasio Antonio R. Author — *Descartes' Error: 10th Anniversary Edition (2005), Looking for Spinoza: Joy, Sorrow and*

- the Feeling Brain (2003), *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (1999) . URL: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:M1la6mPTEUcJ:pt.bookosz1.org/g/Antonio%2520R.%2520Damasio+&cd=67&hl=ru&ct=clnk&gl=ru&client=firefox-a>
172. Damasio Antonio R. Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain. URL: <http://metablog.borntothink.com/wp-content/uploads/2011/07/1994-Damasio-Descartes-Error.pdf>
 173. Damasio Antonio R. Self comes to mind: constructing the conscious brain. Library of Congress Cataloging-in-Publication. URL: http://ahandfulofleaves.files.wordpress.com/2013/07/selfcomestomind_damasio.pdf
 174. Dr. Ken Dychtwald. *Bodymind* [after Dr. Frederick Leboyer] (Jeremy P. Tarcher). 1986.
 175. Isaacson R.L. The limbic system contributions to goal-directed behaviors // Abstracts for US — USSR symposium. Irvine, 1978.
 176. Martin S.A. Understanding competition for nutrients by ruminal bacteria: mechanisms and regulation of soluble sugar transport // *Biotechnology in the feed industry* / Ed. T.P. Lyons. Nicholasville: Alltech Techn. Publ., 1989. P. 85—100.
 177. *Stress, work, design and productivity* / Ed. by E.M. Corlett, J. Richardson. N.Y., 1981.
 178. Michael D. Gershon MD. *The second Brain*, HarperCollins. N.Y., 1998.
 179. Tillisch Kirsten (MD); Mayer Emeran (MD, PhD); Gupta Arpana (PhD); Gill Zafar (BSc); Brazeilles Rémi (PhD); Le Nevé Boris (PhD); van Hylckama Vlieg Johan E.T. (PhD); Guyonnet Denis (PhD); Derrien Muriel (PhD); Labus Jennifer S. (PhD). Структура мозга и реакция на эмоциональные стимулы, связанные с микробиальными профилями кишечника у здоровых женщин. // *Psychosomatic Medicine*. June 28. 2017. «The Official of the American Psychosomatic Society». «Psychosomatic Medicine». «Journal of Biobehavioral Medicine». URL: http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/publishahead/Brain_structure_and_response_to_emotional_stimuli.98803.aspx
 180. Turnbull C.M. Some observations regarding the experiences and behavior of the BaMbuti Pygmies // *American Journal of Psychology*. 1961. Vol. 74. P. 304—308.
 181. UNESCO on the World Conference on Higher Education (1998). *Higher Education in the Twenty-First Century: Vision and Action*. URL: <http://www.unesco.org/cpp/uk/declarations/world>
 182. Williams P.E.V. The mode of action of yeast culture in ruminant diets: a review of the effect on rumen fermentation patterns // *Biotechnology in the feed industry* / Ed. T.P. Lyons. Nicholasville: Alltech Technical Publ., 1989. P. 65—84.

Приложения

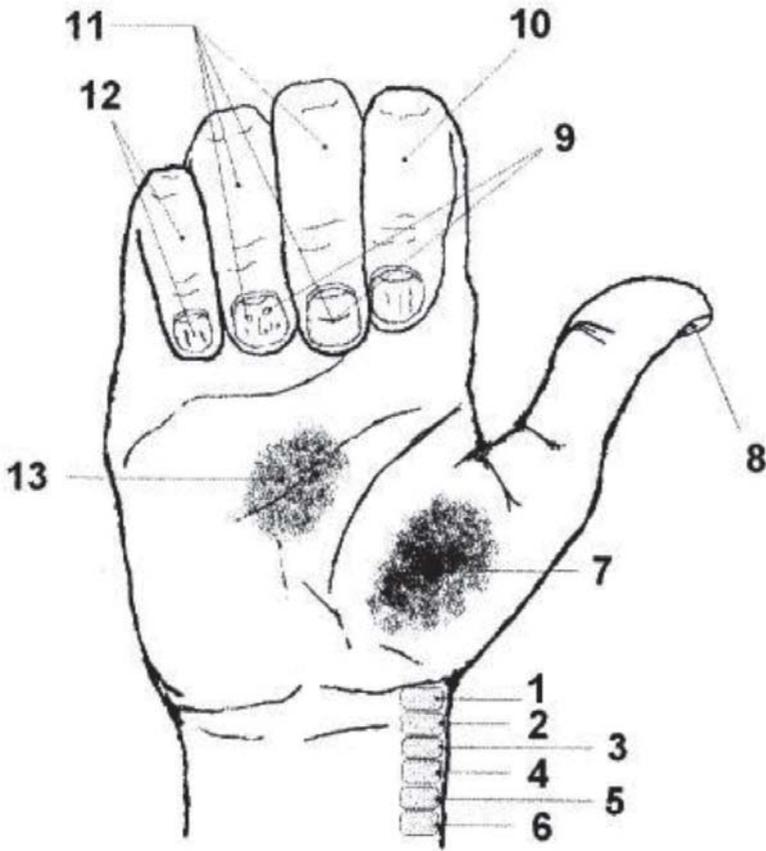
Приложение 1

Проекционные зоны органов на руке человека (левая)



1. Тонкий кишечник.
2. Сердце.
3. Желчный пузырь.
4. Печень.
5. Почки.
6. Мочевой пузырь.
7. Левое легкое.
8. Органические изменения в легких.
9. Патологические нарушения в толстом кишечнике.
10. Толстый кишечник, нисходящая ветвь.
11. Нервная система.
12. Сердце, тонкий кишечник.
13. Неврозы, стрессы.
14. Нервная система.
15. Сердце.

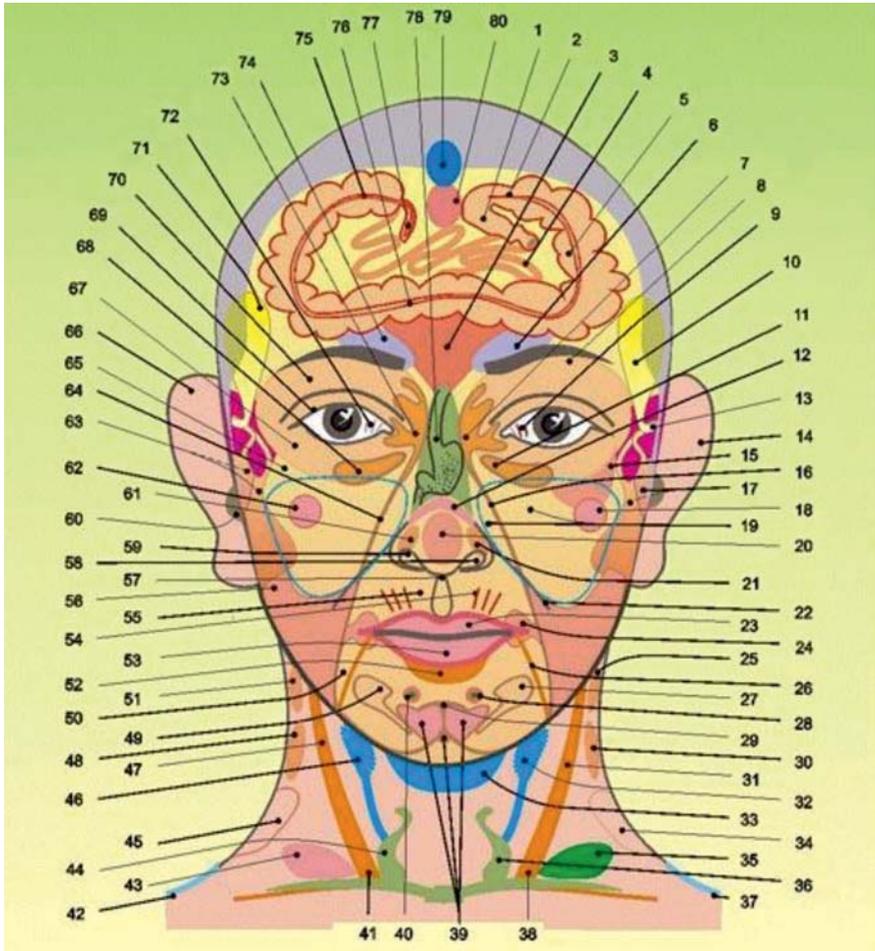
Проекционные зоны органов на руке человека (правая*)



1. Толстый кишечник. 2. Дыхательная система. 3. Желудок. 4. Поджелудочная железа. 5. Вегетативная нервная система. 6. Половые органы. 7. Правое легкое. 8. Органические изменения в легких. 9. Неврозы и стрессы. 10. Толстый кишечник, нисходящая ветвь. 11. Нервная система. 12. Тонкий кишечник. 13. Неврозы, стрессы.

* Правая рука человека содержит на себе информацию о состоянии других внутренних органов и подробно расписана и обозначена цифрами на рисунке.

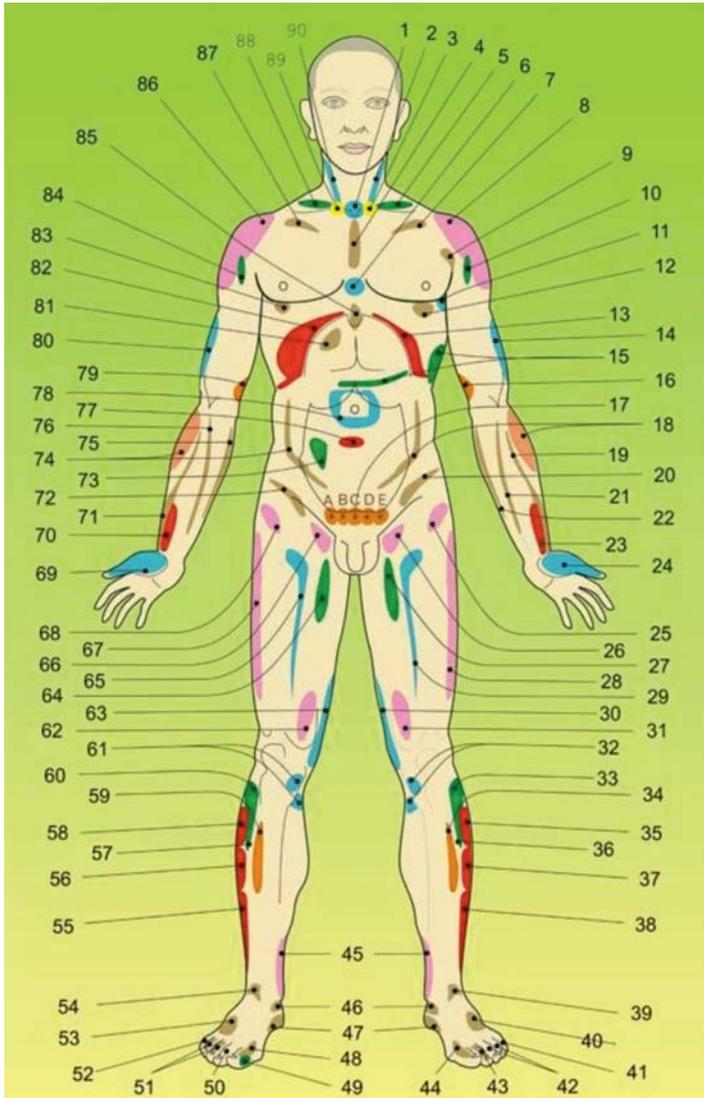
Проекция внутренних органов
на теле человека на лице



1. Прямая кишка. 2. Сигмовидная кишка. 3. Печень. 4. Тонкий кишечник.
5. Нисходящая часть толстой кишки. 6. Левый надпочечник. 7. Область лоханки
левой почки. 7. Верхний полюс левой почки. 9. Левая доля печени. 10. Тело желч-

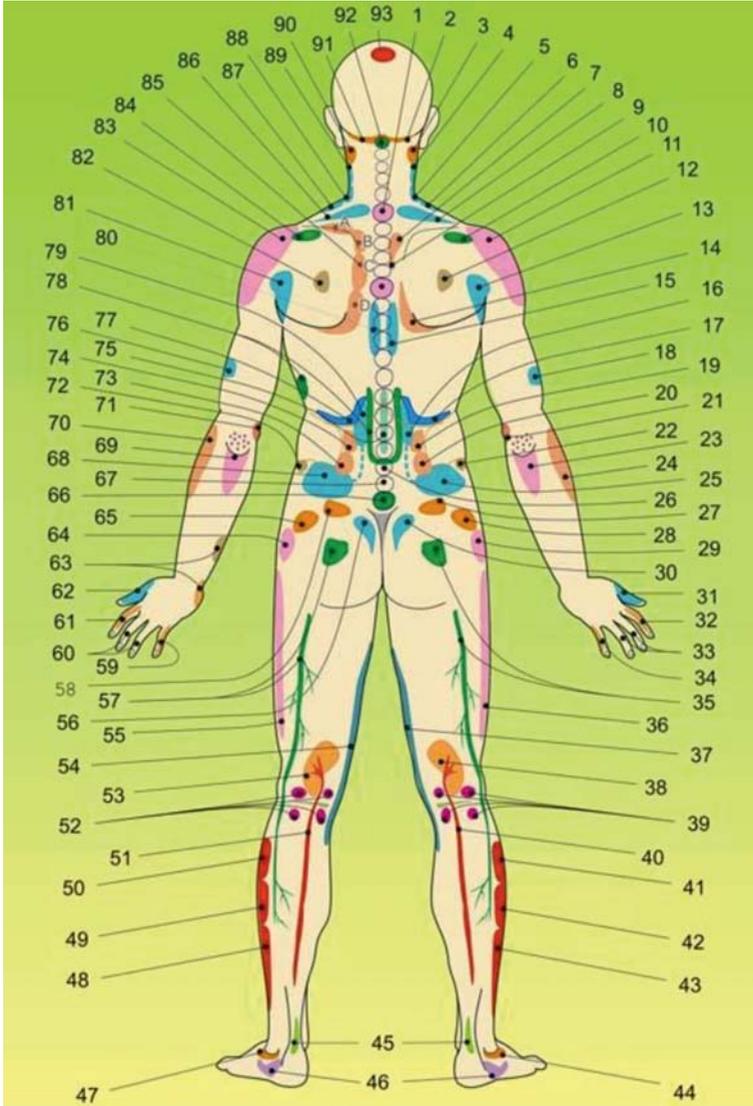
ного пузыря, селезенка. 11. Левая часть поперечно-ободочной кишки. 12. Поджелудочная железа. 13. Желчновыводящие протоки печени и желчного пузыря. 14. Левая почка. 15. Сердечные патологии. 16. Мочеточник левой почки. 17. Левая доля печени. 18. Левая молочная железа. 19. Левое легкое. 20. Сердечные расстройства. 21. Бронх левого легкого. 22. Диафрагма, реберная дуга. 23. Малая кривизна желудка. 24. Луковица двенадцатиперстной кишки, пилорический отдел желудка. 25. Надпочечник левой почки. 26. Левая паховая складка и область пупартовой связки. 27. Левый яичник у женщин, левое яичко у мужчин. 28. Левая молочная железа. 29. Лобковый симфиз. 30. Левая почка. 31. Большая кривизна желудка. 32. Левый придаток с яичником, левая доля предстательной железы. 33. Мочевой пузырь. 34. Лоханка левой почки. 35. Поджелудочная железа. 36. Левая доля щитовидной железы. 37. Левый мочеточник. 38. и 41. Пилорический отдел желудка. 39. Матка, доли предстательной железы, промежности. 40. Правая молочная железа. 41. и 38. Пилорический отдел желудка. 42. Правый мочеточник. 43. Желчный пузырь. 44. Правая доля щитовидной железы. 45. Лоханка правой почки. 46. Гинекология, правый придаток с яичником, правая доля предстательной железы с яичником. 47. Малая кривизна желудка. 48. Правая почка. 49. Правый яичник у женщин, правое яичко у мужчин. 50. Лимфатическая система подвздошной области. 51. Надпочечник правой почки. 52. Тонкий кишечник. 53. Большая кривизна желудка. 54. Гормональная система. 55. Признак склеродермии. 56. Тонкий кишечник. 57. Мечевидный отросток. 58. Большая кривизна желудка. 59. Малая кривизна желудка. 60. Мочевой пузырь, мочеточник правой почки. 61. Бронх правого легкого. 62. Правая молочная железа. 63. Правая доля печени. 64. Мочеточник правой почки. 65. Правое легкое. 66. Правая почка. 67. Застойное явление в почечных структурах. 68. Правая часть поперечно-ободочной кишки. 69. Инфицирование почки. 70. Правая почка. 71. Тело желчного пузыря с протоками. 72. Правая доля печени. 73. Лоханка правой почки. 74. Правый надпочечник. 75. Восходящая толстая кишка (илеоцекальный угол). 76. Поперечно-ободочная кишка. 77. Аппендикс. 78. Желудок. 79. Мочевой пузырь. 80. Матка у женщин, половой орган у мужчин.

Проекция внутренних органов на теле человека со стороны живота



1. Нарушения щитовидной железы. 2. Большая кривизна желудка. 3. Луковица двенадцатиперстной кишки. 4. Стенокардический синдром. 5. Поджелудочная железа. 6. Снижение иммунитета. 7. Сердечная недостаточность. 8. Капсула селезенки, плече-лопаточный периартрит. 9. Клапанные нарушения сердца. 10. Нарушение кровоснабжения плечевого сустава. 11. Ишемия сердца. 12. Ритм сердца. 13. Паренхима сердца. 14. Большая кривизна желудка. 15. Поджелудочная железа. 16. Левая почка. 17. (А, Е) — яичники, (В, D) — трубы, С — матка (женщины); (А, Е) — яички, (В, С, D) — простата (мужчины). 18. Нисходящая толстая кишка. 19. Лучевой нерв (шейный остеохондроз). 20. Паренхима левой почки. 21. Срединный нерв (шейный остеохондроз). 22. Локтевой нерв (шейный остеохондроз). 23. Участок предплечья с представительными зонами шести органов. 24. Левое легкое. 25. Артроз левого тазобедренного сустава. 26. Матка, простата. 27. Нарушение кровообращения левой ноги, артроз тазобедренного сустава. Представительная зона располагается не внутренне-верхней трети левого бедра. 28. Артроз левого тазобедренного сустава. 29. Сексуальные расстройства. 30. Артроз левого коленного сустава. 31. Хвостовая часть и тело поджелудочной железы. 32. Артроз левого коленного сустава. 33. Большая кривизна желудка. 34. Нарушение кровоснабжения левой ноги. 35. Дно желчного пузыря. 36. Луковица двенадцатиперстной кишки. 37. Тело желчного пузыря. 38. Проток желчного пузыря. 39. Артроз левого голеностопного сустава. 40. Расстройство левой почки. 41. Мочевой пузырь, левая половина. 42. Желчный пузырь. 43. Большая кривизна желудка. 44. Поджелудочная железа. 45. Половые органы. 46. Артроз голеностопного сустава. 47. Мочевой пузырь. 48. Печень. 49. Натоптыш (камень в желчном пузыре). 50. Малая кривизна желудка. 51. Желчный пузырь. 52. Мочевой пузырь, правая половина. 53. Правая почка. 54. Артроз правого голеностопного сустава. 55. Желчевыводящие протоки. 56. Тело желчного пузыря. 57. Луковица двенадцатиперстной кишки. 58. Дно желчного пузыря. 59. Кровоснабжение правой голени. 60. Малая кривизна желудка. 61. Артроз правого коленного сустава. 62. Головка и тело поджелудочной железы. 63. Артроз правого коленного сустава. 64. Нарушение кровообращения правой ноги, артроз тазобедренного сустава. 65. Сексуальные расстройства. 66. Матка, простата. 67. Артроз тазобедренного сустава. 68. Артроз тазобедренного сустава. 69. Правое легкое. 70. Участок функционального ослабления органов. 71. Лучевой нерв (корешковое ущемление шейного отдела). 72. Паренхима правой почки. 73. Илеоцекальный угол кишки. 74. Восходящая толстая кишка. 75. Локтевой нерв (корешковое ущемление шейного отдела). 76. Срединный нерв (корешковое ущемление шейного отдела). 77. Нарушение кровоснабжения малого таза. 78. Тонкий кишечник. 79. Расстройство правой почки. 80. Малая кривизна желудка. 81. Желчный пузырь. 82. Паренхима печени. 83. Автоматия дыхания. 84. Нарушение кровоснабжения правого плечевого сустава (ишемия шейного отдела позвоночника). 85. Гастрит, желудок. 86. Капсула печени. 87. Дыхательная недостаточность. 88. Желчный пузырь. 89. Луковица двенадцатиперстной кишки. 90. Малая кривизна желудка.

Проекция внутренних органов на теле человека со стороны спины



1. Нарушения в костной системе. 2. Головка двенадцатиперстной кишки. 3. Базилярная недостаточность. 4. Верхний полюс правой почки. 5. Нижний полюс правой почки. 6. Мочеточник правой почки. 7. Дно желчного пузыря. 8. Правая часть поперечно-ободочной кишки. 9. Проток желчного пузыря. 10. Представительство правой молочной железы. 11. Капсула печени, плече-лопаточный периартрит, шейный остеохондроз. 12. Энергетический дисбаланс в легком. 13. Правая почка с мочевым пузырем. 14. Правая доля печени. 15. Правая почка. 16. Правая почка. 17. Правый надпочечник. 18. Нарушение кровоснабжения малого таза. 19. Восходящая толстая кишка. 20. Тонкий кишечник справа. 21. Воспаление локтевого сустава. 22. Паренхима правой почки. 23. Головка и тело поджелудочной железы. 24. Восходящая толстая кишка. 25. Мочевой пузырь, правая половина. 26. Тонкий кишечник. 27. Тонкий кишечник справа. 28. Правый яичник у женщин, правое яичко у мужчин. 29. Суставное нарушение правого тазобедренного сустава. 30. Половой орган, правая часть. 31. Правое легкое. 32. Восходящая толстая кишка. 33. 60. Нервная система. 34. 59. Тонкий кишечник. 35. 57. Ущемление седалищного нерва. 36. Артроз. Восходящая толстая кишка. 37. Артроз правого коленного сустава. 38. Правая почка. 39. Связочный аппарат правого коленного сустава. 40. Мочеточник правой почки. 41. Дно желчного пузыря. 42. Тело желчного пузыря. 43. Проток желчного пузыря. 44. Патология правого голеностопного сустава. 45. Тендовагинит. 46. Толстый кишечник. 47. Патология левого голеностопного сустава. 48. Проток желчного пузыря. 49. Тело желчного пузыря. 50. Дно желчного пузыря. 51. Мочеточник левой почки. 52. Связочный аппарат левого коленного сустава. 53. Левая почка. 54. Артроз левого коленного сустава. 55. Артроз левого тазобедренного сустава. 56. Половой орган, левая часть. 57. Ущемление седалищного нерва. 58. Тонкий кишечник, левая сторона. 59. Сердце, тонкий кишечник. 60. Нервная система. 61. Нисходящая толстая кишка. 62. Левое легкое. 63. Сердечные расстройства. 64. Суставное нарушение левого тазобедренного сустава. 65. Левый яичник у женщин, левое яичко у мужчин. 66. Расстройство половых органов. 67. Тонкий кишечник. 68. Левая половина мочевого пузыря. 69. Тело и хвостовая часть поджелудочной железы. 70. Нисходящая толстая кишка. 71. Сердечные расстройства. 72. Паренхима левой почки. 73. Тонкий кишечник слева. 74. Толстая кишка слева. 75. Желудок. 76. Нарушение кровоснабжения тазовых органов слева. 77. Левый надпочечник. 78. Поджелудочная железа. 79. Левая почка. 80. Левая почка. 81. Левая почка с мочевым пузырем. 82. Энергетический центр сердца. 83. Капсула селезенки, плече-лопаточный периартрит. 84. Молочная железа. 85. А — сердечная недостаточность. В — клапанные нарушения сердца. С — ишемия, стенокардия. D — нарушение сердечного ритма. Е — ишемия. 86. Левая часть толстой ободочной кишки. 87. Левый мочеточник. 88. Нижний полюс левой почки. 89. Верхний полюс левой почки. 90. Базилярная недостаточность. 91. Тело и хвостовая часть поджелудочной железы. 92. Подвывих в основании черепа. 93. Лимфатический и почечный дисбаланс.

Оглавление

Предисловие	3
Введение	5
Глава 1. Интегративное обоснование метода «Психо-висцеральная терапия как метод восстановления самоосознания через висцеральные ощущения». Обзор литературы.....	15
1.1. Концепция висцеральной терапии	15
1.2. Самоосознание не самосознание	16
1.3. Висцеральное самоосознание	16
1.4. Чувство и самоосознание.....	17
1.5. Различие висцеральных и соматических болевых ощущений	18
1.6. Дिसаутогнозия — нарушение самоосознавания	21
1.6.1. Нарушение самосознания (дисаутогнозия) по В.А. Жмурову.....	21
1.6.2. Деперсонализация. Е. Штеринг	22
1.6.3. Дерезализация или дисаутогнозия?	22
1.6.4. Соместезия.....	24
1.7. Прогресс, фармакология, здоровье.....	24
1.7.1. Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. (Фарма-2020).....	25
1.7.2. Преимущества размещения рекламы на ТВ	26
1.7.3. Шулевский Н.Б. О исследовании макроструктурной динамики	28
1.7.4. «Нет тела, нет дела».....	29

1.8. Рельефное тело, подтянутый живот или здоровье?	30
1.8.1. Диафрагма.....	32
1.8.2. На что влияет неправильная работа диафрагмы?.....	33
1.8.3. Мягкий безболезненный живот	34
1.9. Ощущение, чувство или эмоция?	35
1.9.1. Классификация чувств и эмоций	35
1.9.1.1. По Аристотелю	35
1.9.1.2. По Э. Веберу	35
1.9.1.3. По И.П. Павлову	36
1.9.1.4. По В. Вундту.....	36
1.9.1.5. По А.А. Ухтомскому	36
1.9.1.6. По Г. Геду.....	37
1.9.1.7. По Чарльзу Шеррингтону.....	37
1.9.1.8. Мнение Г. Гурджиева.....	38
1.9.1.9. Определение чувства и эмоции А.А. Ключевой.....	38
1.10. Энтеральный мозг.....	39
1.10.1. Эволюция «энтерального» мозга.....	40
1.11. Второй мозг. Теория Майкла Гершона.....	40
1.12. Энтерогуморальная регуляция	43
1.12.1. Исследования А.М. Уголева.....	43
1.13. Гипоталамо-гипофизарная и энтерогуморальная системы	47
1.14. Эмоции. Теории.....	49
1.14.1. Центральные теории эмоций.....	53
1.14.1.1. Теория эмоций Спинозы Баруха	53
1.14.1.2. Теория эмоционального реагирования И.П. Павлова	54
1.14.1.3. Теория эмоций П.К. Анохина.....	54
1.14.1.4. Теория дифференциальных эмоций Сильвана Томкинса.....	55

1.14.1.5. Когнитивно-физиологическая теория С. Шехтера	55
1.14.1.6. Когнитивно-оценочная теория эмоционального реагирования Л. Фестингера.....	55
1.14.1.7. Активизационная теория Линдсея—Хебба	56
1.14.1.8. Информационная теория эмоций П.В. Симонова.....	56
1.14.1.9. Трехмерная теория В. Вундта	57
1.14.1.10. Теории эмоций Кеннона—Барда	57
1.14.1.11. Эволюционная теория Ч. Дарвина	58
1.14.1.12. Периферическая теория эмоций Джеймса—Ланге	58
1.14.1.13. Теория мимической обратной связи	61
1.14.1.14. Гипотеза автора.....	61
1.15. Физиология эмоций.....	62
1.16. Гормоны и эмоции.....	67
1.16.1. Адреналин	67
1.16.2. Норадреналин.....	68
1.16.3. Кортизол.....	69
1.16.4. Дофамин	69
1.16.6. Серотонин	70
1.16.7. Тестостерон	70
1.16.8. Эстроген	71
1.16.9. Окситоцин	71
1.16.10. Фенилэтиламин	72
1.16.11. Эндорфины	72
1.17. Инсулин — адреналин.....	73
1.18. Стресс	76
1.18.1. Болезни «стрессовой этиологии»	77
1.18.2. «Психология стресса». Б.Р. Мандель	79
1.18.3. Теоретические построения Г. Селье.....	79
1.18.4. Святослав Медведев о стрессе.....	81
1.18.5. Стресс — это норма	82

1.19. Развитие патологий	82
1.20. Богатый внутренний мир.....	85
1.20.1. Человек не одинок.....	85
1.20.2. Микрофлора	86
1.20.3. Внутриутробное инфицирование плода	87
1.20.4. Плацентарная микрофлора.....	87
1.20.5. Человек не стерилен	88
1.21. Гены и бактерии	89
1.21.1. Гнотобиология.....	89
1.21.2. А.М. Уголев о микроорганизмах.....	90
1.21.3. Геном бактерий.....	90
1.21.4. Типы характера и бактерии	91
1.22. Микрофлора кишечника и поведение человека.....	93
1.22.1. Виды кишечных бактерий.....	94
1.22.2. Бактерии и головной мозг.....	94
1.22.3. Психобиотики	95
1.23. Тело и телесность.....	98
1.23.1. Рассуждения ученых	99
1.23.1.1. М. Фуко, Ж.Л. Нанси, Ж. Деррида и другие	99
1.23.1.2. В.А. Подорога	99
1.23.1.3. Мыслительный анализ Э. Гуссерля, Ж. Батая, А. Арто.....	100
1.23.1.4. М. Мерло-Понти.....	100
1.23.1.5. И.М. Быховская	101
1.23.1.6. М.М Бахтин	101
1.23.1.7. А. Арто.....	102
1.23.1.8. Ф. Ницше.....	102
1.23.1.9. В.Л. Круткин.....	102
1.23.1.10. Карл Ясперс.....	103
1.23.1.11. В.С. Соловьев.....	103

1.23.1.12. П.А. Флоренский	104
1.23.1.13. Что есть тело и что есть душа?	104
1.24. Наше тело — отражение нашего сознания	105
1.24.1. Умение понимать язык тела	108
1.24.2. Человек есть творение своего интеллекта	109
1.24.3. Язык разума тела	110
1.25. Биологическое депрограммирование подсознания.	
Не мешай себе быть здоровым	111
1.25.1. Рике Герд Хамер. «Новая немецкая медицина»	111
1.25.2. Клод Саба: Биологическое депрограммирование болезней	112
1.25.3. Осознание не есть выздоровление	114
Глава 2. Технология метода	116
2.1. Введение	116
2.2. Осознание здоровья	117
2.2.1. Валеогенез	117
2.2.2. Валеогенез в психологии	118
2.2.3. Некоторые современные методики психического оздоровления	119
2.2.4. Програмируем себя на «здоровье»	121
2.2.5. Фиксация сознания	123
2.3. Психотип пациента. Вторичные выгоды	125
2.3.1. По Гиппократу	125
2.3.2. По Э. Кречмеру	125
2.3.3. По К.Г. Юнгу	126
2.3.4. По А. Аугустинавичюте	127
2.3.5. По А.Е. Личко	127
2.3.6. По К. Леонгарду	128
2.3.7. По Э. Фромму	129

2.3.8. Психотипы в гомеопатии.....	131
2.3.9. Психотипы по А.А. Ключевой	132
2.3.9.1. Первый психотип	133
2.3.9.2. Второй психотип.....	135
2.3.9.3. Третий психотип.....	136
2.4. Принцип висцеральной терапии (мануальной терапии).....	137
2.4.1. Зоны Захарьина—Геда.....	137
2.4.2. Взаимосвязи внутренних органов	140
2.4.3. Первый круг взаимодействий (а)	142
2.4.4. Органы круга взаимодействий и свойственные им проявления.....	143
2.4.4.1. Желчный пузырь.....	143
2.4.4.2. Печень — второй орган первого круга взаимодействий.....	148
2.4.4.3. Поджелудочная железа	149
2.4.4.4. Восходящий отдел толстого кишечника	151
2.4.4.5. Нисходящий отдел толстого кишечника	152
2.4.4.6. Тонкий кишечник	153
2.4.4.7. Половые органы	154
2.4.4.8. Желудок	154
2.4.4.9. Суставы	155
2.4.4.10. Селезенка	157
2.4.5. Второй круг взаимодействий органов.....	157
2.5. Техника выполнения висцеральной терапии (мануальной терапии). Метод болевой коррекции.....	162
2.5.1. Техника надавливания при терапии внутренних органов человека	163
2.5.2. С чего начинается работа?.....	165
2.5.3. Висцеральная терапия печени.....	168
2.5.4. Терапия поджелудочной железы.....	170
2.5.5. Опущение желудка.....	171

2.5.5.1. Терапевтические действия, направленные на поднятие желудка.....	173
2.5.6. Висцеральная терапия кишечника	176
2.5.7. Висцеральная терапия селезенки.....	179
2.5.8. Терапия органов второго круга взаимодействий.....	179
2.5.9. Висцеральная терапия почек.....	180
2.5.10. Терапия живота при опущении почек	183
2.6.11. Висцеральная терапия мочевого пузыря и мочеточников	184
2.6. Создание мыслеобразов.....	186
2.6.1. Что такое мыслеформы?.....	187
2.6.2. Основные характеристики мыслеформы.....	188
2.6.3. Использование мыслеобразов	188
2.6.4. Холодаины.....	188
2.7. Рассуждения о разумности	189
 Глава 3. Описание практического применения метода «Психо-висцеральная терапия как метод восстановления самоосознания через висцеральные ощущения»	
3.1. Введение.....	192
3.2. Цели методики	194
3.3. Задачи методики	194
3.4. Практическая значимость.....	195
3.5. Основные принципы методики.....	195
3.6. Тонкости методики.....	196
3.7. Уникальность методики.....	197
3.8. Ведение приема.....	198
3.9. Результаты использования метода «Психо-висцеральная терапия как метод восстановления самоосознания через висцеральные ощущения»	201

Заключение.....	208
Библиография.....	209
Приложения.....	219
Приложение 1. Проекционные зоны органов на руке человека (левая).....	220
Приложение 2. Проекционные зоны органов на руке человека (правая).....	221
Приложение 3. Проекция внутренних органов на теле человека на лице.....	222
Приложение 4. Проекция внутренних органов на теле человека со стороны живота.....	224
Приложение 5. Проекция внутренних органов на теле человека со стороны спины	226

Научное издание

Клюева Анна Александровна

**ТАЙНЫ КИШЕЧНИКА,
ИЛИ ОБРАТНАЯ ДОРОГА К СЕБЕ**

ПСИХО-ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Монография

Для оформления обложки
использованы иллюстрации
А.А. Клюевой

Подписано к выпуску 20.12.2018. Формат 60×88/16.

Уч.-изд. л. 9,83.

Электронное издание для распространения через Интернет.

ООО «ФЛИНТА», 117342, г. Москва, ул. Бутлерова, д. 17-Б, комн. 324.

Тел./факс: (495) 334-82-65; тел. (495) 336-03-11.

E-mail: flinta@mail.ru; WebSite: www.flinta.ru