

ХОЛИЗМ И ЗДОРОВЬЕ

от мировоззрения к практике

Выходит с мая 2009 г.

№ 4 2011

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В.А. ВЛАДИМИРЦЕВ,
к.мед.наук.,
д.психол.наук, проф.;
О. Е. ИВАНОВ,
д.филол.наук., проф.;
В. В. МАЙКОВ,
к.филол.наук;
А. В. ОЛЕСКИН,
д.биол.наук, проф.;
Н. Б. ПОКРОВСКИЙ,
ректор НГУР, проф.;
П. В. РОДИЧКИН,
д.мед.наук, проф.;
Н. М. СЛАНЕВСКАЯ,
к.политол.наук;
С. В. ЧЕБАНОВ,
д.филолог.наук, проф.

РЕДКОЛЛЕГИЯ:

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
О. В. Крель

ЗАМ.ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА:
И. К. Нурмеев

ЛИТЕРАТУРНЫЙ
РЕДАКТОР:
О. С. Муравьева

ПЕРЕВОД:
А. Л. Федотова

СОДЕРЖАНИЕ

- | | |
|----|--|
| 3 | <i>Чамокова Э. А.</i> Теория модернизации в западной и восточной концепциях эволюции |
| 17 | <i>Крель О.В., Нурмеев И.К., Канифольский И.Б., Старостин О.А., Поляков И.А., Кожуховская Е.А., Макушенко Р.В., Барановский В.Е.</i> Холистический подход в комплексной реабилитации пациентов с травматической болезнью спинного мозга и в посткоматозном состоянии |
| 21 | <i>Чужов А. Л.</i> Плацебо и холизм |
| 31 | <i>Акопов А. Ю.</i> Психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции для лечения и реабилитации лиц с социально-психологическими зависимостями |
| 39 | <i>Ольшанский Д. А.</i> Десять мифов о психоанализе |
| 49 | <i>Квитко К. А.</i> Театральный метод, как один из видов арт-терапии (театральная лаборатория) |
| 53 | <i>Крель О. В.</i> Метод пульсогемоиндикации, возможности и перспективы в профилактике и лечении хронических заболеваний |
| 56 | <i>Покровский Н. Б.</i> О возможностях реабилитации умственно отсталых людей с применением ресурсных методик арт-терапии, апробированных в ассоциации «АнтЭра» |
| 61 | <i>Егоров С.П.</i> Самуил Ганеман и психиатрия |
| 65 | НАШИ АВТОРЫ |

ТЕХНИЧЕСКИЙ
РЕДАКТОР:
И. К. Нурмеев

ДИЗАЙН ОБЛОЖКИ:
О. Г. Тагель,
Н. К. Доманская
А. Н. Лепёхина

CONTENTS

- 3 *Chamokova Emma A.* Modernization theory in western and eastern evolutionary conceptions
- 17 *Krel Olga V., Nurmeev Igor K., Kanipholsky Igor B., Starostin Oleg A., Polyakov Igor A., Kozhuhovskaya Ekaterina A., Makushenko Rostislav V., Baranovsky Viktor E.* The holistic approach for complex rehabilitation of patients with spinal cord traumatic disease and at status postcoma
- 21 *Chuzhov Aleksander L.* Placebo and holism
- 31 *Akopov Anatoly Y.* Psychotherapeutic method of contraddictive stimulation for treatment and rehabilitation of persons with socially-psychological dependences
- 39 *Olshansky Dmitry A.* Ten Myths on Psychoanalysis
- 49 *Kvitko Kristina A.* Theatrical method as one kind of art therapy (theatrical laboratory)
- 53 *Krel Olga V.* The method of pulsohemoindication, the possibilities and perspectives in prevention and treatment of chronic diseases
- 56 *Pokrovsky Nikolay B.* About rehabilitation possibilities of mentally deprived men with the application of art therapy resource techniques approbated in association "AntEra"
- 61 *Egorov Sergey P.* Samuel Hahnemann and psychiatry
- 65 OUR AUTHORS

Журнал издается под эгидой Ассоциации АнтЭра –
Института клинической медицины и социальной работы имени М. П. Кончаловского

Все права защищены.

Никакая часть данного издания не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения редакции журнала.

Адрес редакции: Санкт-Петербург, Лиговский проспект 56-Е, офис 95
тел.: (812) 764-71-21; сайт: <http://journal.celenie.ru>, эл. почта: hldspb@yandex.ru

Журнал основан в 2008 году. Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС 77-38506 от 18.12.09.
Отпечатано в АНО «КИО» на оборудовании, предоставленном фирмой RISO-PRINT.
Тираж 1 000 экз.

ТЕОРИЯ МОДЕРНИЗАЦИИ В ЗАПАДНОЙ И ВОСТОЧНОЙ КОНЦЕПЦИЯХ ЭВОЛЮЦИИ



Аннотация

Статья посвящена разработке ценностной концепции культуры, осмысляемой в свете интеграции двух парадигм самосознания, осуществляемых в концепции «Я» (Восток) и «общество» (Запад). Ценностная концепция культуры создавалась европейскими исследователями социального знания в начале XX века и вошла в науку, благодаря обобщающей работе Т. Парсонса «Структура социального действия» (1937). Она развивалась Парсонсом вместе с единомышленниками на протяжении всей его жизни, т.е. до середины 70-х годов прошлого века. Наряду с концепцией ценностей как идеалов достижений, предлагается теория ценностей как проявление на внешнем плане ценностных установок, возникающих на основе трансформации утилитарных (потребительских) установок. Теория ценностей во втором случае рассматривается как гармонизирующее начало в постепенном установлении общечеловеческого единства.

Ключевые слова: самосознание, социальное действие, утилитарные ориентации, ценностные установки, ценностные антологии, модернизация общества, стремление к счастью, стандарт жизни, социальный дарвинизм, социальная эволюция и инволюция, культура как трансцендирование, культура как универсализация, культура как образцы, культура как единство в мыслях, чувствах, действиях.

Теоретические ориентиры

Понятие модернизация стало сейчас одним из самых широко используемых в политической лексике. Но мало, кто вспоминает сейчас, что теория модернизации была создана впервые во второй половине XX века, в той социологии, которую мы называем классической. Ее создатель – Т. Парсонс. Он вошел в социальную науку как создатель ценностной социологии (культурологии), структурного функционализма и теории модернизации. Теория модернизации развивается им в кон-

це его творческой биографии. В обобщенном виде она представлена в книге «Система современных обществ» (1971). Это единственная книга, которая полностью переведена в нашей стране (1). Ниже предлагается интерпретация концепции Парсонса в контексте двух концепций эволюции – восточной и западной. Восточная концепция эволюции создавалась в глубокой древности, получила развитие в XIX – XX веке в работах Шри Ауробиндо и Шри Чинмоя. Но я начну с того, что более известно в нашей стране и за рубежом, т.е. с западной концепции эволюции.

Термин модернизация широко используется в настоящее время не только в социологии, но и в политике, политологии, журна-

листике. Существуют разные интерпретации этого термина. На словарном уровне модернизация – это обновление. Обновление часто трактуется как переход от традиционалистского общества к модернизационному. Слово модернизация используют также в более узком смысле, имея в виду преобразование сырьевой экономики в экономику развитых стран, что обеспечивается применением новейших научно-технических и научно-технологических средств. Сейчас осознается, что преобразование экономики невозможно без трансформации всех структур общества, прежде всего, его политической составляющей.

Т. Парсонс употреблял слово *модернизация* в ином смысле. Для него модернизация – синоним социальной эволюции, которую он отождествлял с универсализацией, а если использовать современное словоупотребление, то с глобализацией. По Парсонсу в процессе модернизации возникает *система современных обществ*. В предисловии указанной книги он пишет: «Многочисленные современные общества, не какие-то случайные разновидности, а в определенном смысле – некая система, части которой дифференцированы друг от друга и в то же время интегрированы друг с другом на основе взаимозависимости» (4, стр. VI; 1 стр. 10). С его точки зрения, не все формы социального существования в современном мире можно описать в категории *общество*. Я бы сказала больше: если иметь в виду то, что Парсонс понимает под обществом, то общество в системе обществ – это перспектива модернизации.

Т. Парсонс считает, что модернизация возникает на Западе, постепенно вовлекая в свою орбиту весь мир. Как же это происходит? Попробуем ответить на этот вопрос, осмыслив первую главу книги, которая названа Парсонсом «Теоретические ориентиры».

Как было сказано, Парсонс отождествляет модернизацию с эволюционным процессом. Человеческая эволюция включена в мировую эволюцию. Он это утверждает совершенно недвусмысленно: «Прогресс биологической теории и социальных наук создал твердые основания для включения общества и культуры в состав более общей теории эволюции – эволюции живых систем» (4, стр.2; 1, стр.12) Будучи включенной в мировой процесс, человеческая эволюция обладает специфичностью,

которую Парсонс объясняет, используя понятие *культура*: «Все человеческие сообщества «культурны» и, если обладание культурой является неотъемлемым критерием человеческого общества (курсив – Т. Парсонса), то коллективные формы организации у других видов следует именовать *протообществами*» (4, стр.2; 1, стр.13). Процесс социальной эволюции, по Парсонсу, начинается на Западе, а точнее, он представляет собой формирование западного мира. «Современный тип общества, - утверждает он, - возник в единственной эволюционной зоне – на Западе, который, по сути, представляет собой часть Европы, ставшую наследницей Западной половины Римской империи к северу от Средиземного моря» (4, стр.1, 1, стр.11).

В результате оказывается, что эволюция человека, социальная эволюция, формирование западного мира и модернизация – это синонимы. Он считает, что все страны мира будут включены в процесс модернизации, значит, можно считать, что, по его мнению, в эволюционном процессе Запад вырвался вперед.

Процесс по Парсонсу воплощается в четырех формах – *интеграция, сохранение, адаптация, обновление*. Составляющие процесса Парсонс, образно говоря, персонифицирует. В процессе участвуют несколько социальных подсистем. Все они в совокупности составляют единую систему, систему действия или *социального взаимодействия*. Это исходное понятие в теории Парсонса на всех этапах его творчества: в социальном взаимодействии постепенно складывается новый тип организации социальной жизни, который представляет собой общество в его исполненности. Используем для этого понятия общества то понятие, которое ввел в науку Э. Дюркгейм - общество как реальность *sui generis*, т.е. реальность особого типа. Социальное взаимодействие, видимо, следует понимать не только как совместность действия, но и также как разделяемость знаний и чувств.

Интеграция, прежде всего, формируется и создается культурой. Культура в теории модернизации - система ценностей. Ценности в теории модернизации рассматриваются как образцы. Образцы чего? Парсонс пишет – образцы воспроизводства. В качестве синонима Парсонс использует также понятие *образцы*

сохранения и инновации. Эти два понятия взаимосвязаны. Инновации сохраняются, выступая в качестве образцов. Можно сказать иначе, все, что сохраняется и осознано нами как традиция, в какой-то момент времени было инновацией. Как сказано было выше, модернизационное общество возникает как результат трансформации традиционного или традиционалистского общества. По Парсонсу, традиции и инновации – это стороны одного и того же процесса.

Под образцами имеются в виду те продукты человеческой активности в самых разных видах (искусство, философия, наука, религия и т.д.), которые в качестве идеалов служат объединению людей на основах гармонизации их побуждений. Возникает вопрос, не является ли высшей формой достижений, образцом – человек, который реализовал в себе те качества, те стороны собственной природы, которые служат указанной выше цели. Парсонс подводит к такому выводу, хотя в явном виде его не делает.

Парсонс утверждает, что все подсистемы социального действия взаимосвязаны, проникают друг в друга, и в то же время, в какой-то степени автономны. Культура не только обеспечивает существование и развитие конкретной социальной подсистемы, она рассматривается Парсонсом как реальность *suī generis*, которая существует как межсоциальное образование, как образование, которое принадлежит всему миру. Такой же автономностью, с его точки зрения, обладают все остальные социальные подсистемы, каждая из которых, будучи зависимой друг от друга, в то же время, является особой реальностью, т.е. реальностью *suī generis*.

Как понять эти все утверждения, используя современную терминологию? Вместо понятия социальная подсистема, сейчас часто используется понятие социум. Мы говорим о социуме конкретной страны, мы говорим о социуме, который образовался на какой-то конкретной территории, но в то же время, те характеристики, которые возникают в конкретном социуме, имеют тенденцию распространяться за пределы конкретной территории, конкретной страны. Это распространение происходит в самых разных формах и с помощью самых разных средств, например, с помощью саммитов, т.е. встреч глав некоторых прави-

тельств, на основании дискуссий, обсуждений и принятых общих решений в международных организациях и т.д. В конечном счете, те процессы, которые происходят в конкретном социуме, так или иначе, оказывают воздействие на другие социумы. Имея в виду этот аспект существования социума, можно сказать, что социум – реальность *suī generis*.

Главная сфера общества, ее ядро, в терминологии Парсонса, – это социетальное сообщество. Каковы же его особенности?

В начале работы он называет три. Первая – это равенство людей. Что имеется в виду под равенством? Это означает, что люди занимают определенный статус в обществе, выполняют конкретные роли, независимо от своей расовой, этнической, конфессиональной принадлежности, материальной обеспеченности и других особенностей, связанных с наследственностью человека. Равенство достигается, когда человек оценивается не по своему происхождению, не по принадлежности к конкретной социальной группе, а по его реальным достижениям. Итак, равенство – это выход за границы расовой, этнической, классовой, конфессиональной, языковой, профессиональной и т.д. принадлежности. Но люди рождаются разными по своим способностям и возможностям. У людей разный старт в социальном развитии. Эту проблему, с точки зрения Парсонса, и должна решать модернизация.

Вторая характеристика. Социетальное общество создается как свободная ассоциация, в которую каждый человек входит на основе своей доброй воли. Он по своей доброй воле входит в общество и по своей доброй воле может выйти из общества. Таким образом, Парсонс пытается интерпретировать лозунг свободы (*Egalite*), который был выдвинут во время Французской революции 1789 года, наряду с лозунгами равенства (*Liberte*) и братства (*Fraternite*). Свобода, в его интерпретации, это также возможность проявлять все виды активности не по внешнему принуждению, а по внутреннему побуждению. Но каким образом свобода одних людей может не быть препятствием для свободы других людей? Эту проблему, с точки зрения Парсонса, также должна осуществить модернизация на новом ее этапе.

Третий, и самый главный признак со-

циетального сообщества – это осуществление третьего лозунга французской революции – братства. Парсонс пишет: «Братство (Fraternite) относилось к более широкому контексту принадлежностей, будучи исконным символом общества» (4, стр.80, 1, стр.109). Таким образом, достижение братства можно считать конечным этапом процесса социальной эволюции, который Парсонс назвал модернизацией, инструментом и одновременно результатом преобразования социетального сообщества в общество как интегрированное целое. Очевидно, что братство не может быть обеспечено только правовыми документами. Если исходить из смысла самого слова, братство – это такой уровень интеграции, когда люди осознаются в категории *братья и сестры*. К братьям и сестрам мы проявляем солидарность не только на основании внешнего или внутреннего диктата, а потому что испытываем чувства симпатии, сочувствия, эмпатии, близости, единства. Самыми точными понятиями здесь будут слова *дружба и любовь*. И хотя Парсонс и говорит, что братство – это «исконный символ общества», тем не менее, понятия дружба и любовь в указанном мною смысле он не вводит в социальную теорию.

Модернизация по Парсонсу – очень длительный процесс. Имеются в виду не десятилетия, не века, а даже тысячелетия человеческой истории. Этот процесс осуществляется по определенным закономерностям, которые, в какой-то мере, могут быть представлены как стадии или этапы модернизации. Он выделяет четыре закономерности модернизации, или стадии, они названы: *дифференциация, повышение адаптивной способности, включение и генерализация ценностей*. Как их интерпретировать? Модернизация, утверждает он, начинается с того момента, когда общество, которое представляло собой размытое диффузное целое, начинает разделяться на отдельные сферы приложения человеческой активности. Можно сказать, из размытого диффузного целого выделяются новые социальные структуры.

Парсонс *рассадником* или колыбелью модернизации считал Древнюю Грецию, потому что в ней были выделены из социального целого мифология, философия, искусство, зачатки научно-понятийного мышления, за-

чатки социального знания в форме попыток создать учение об обществе (государстве). По его мнению, древнегреческий полис в какой-то мере является зародышем ассоциативного объединения, т.е. объединения по принципу добровольности, равенства. В полисе возникают начатки права, хотя все названные характеристики полиса относятся только к тем людям, кто причислялся к свободным.

Израиль Парсонс называет *рассадником* модернизации, имея в виду тот факт, что внутри иудаизма формируется новая религия – христианство. Создание христианства он оценивает как решающий момент в формировании западного мира. По его мнению, в христианстве был заложен потенциал будущего религиозного плюрализма. Другой важный факт, который Парсонс связывает с христианством, – это то, что каждый человек мог стать христианином, независимо от его социального статуса, этнической принадлежности, языка, рода деятельности. Община верующих, таким образом, представляла собой эмбрион ассоциативного объединения. Каждый вступал в это объединение добровольно. От человека требовалось только одно – вера в Христа как Богочеловека. Следующий очень важный момент в христианстве – это то, что Христос выступает одновременно как Бог и как человек. Он выступает как Богочеловек, который приносит спасение человеку не только на Земле, но и на Небесах. У Иисуса Христа есть миссия преобразования Земли в Царство Божие.

Результатом дифференциации на более поздних этапах модернизации Парсонс считает выделение политической, экономической, культурной составляющих как инструментов в создании социетального сообщества.

Итак, дифференциация – это разделение социальной формы существования на отдельные части или выделение из нее нового образования. Парсонс имеет в виду такой тип дифференциации, т.е. разделение целого на части, который способствует повышению адаптивной способности. Повышение адаптивной способности создает новые возможности для удовлетворения человеческих потребностей, а если признать, что человек включен в мировую эволюцию, то для осуществления в человеке человека или, скажем, нового типа человека.

Дифференциация или разделение рассматриваются как условие нового объединения, более прочного, охватывающего больший круг людей, и в идеале, - каждого человека. Такое новое объединение Парсонс называет включением. Дифференциация, таким образом, – это исходный момент в создании новой реальности, по концепции Парсонса, более приближающейся к тому, что он назвал социетальным сообществом. Включение же ведет за собой генерализацию ценностей. Генерализация ценностей – это инструмент создания мира как системы обществ, где независимость каждого общества – это необходимый момент, обеспечивающий взаимозависимость. То, что Парсонс называет генерализацией ценностей, с моей точки зрения, близко к понятию духовность в философии Шри Чинмои, который написал: «Духовность – это не только терпимость, это даже не только принятие жизни, это чувство универсального единства» (6, стр.53).

Описывая функционирование всех подсистем общества – экономической, политической, культурной и социетального сообщества, Парсонс пользуется четырьмя взаимосвязанными понятиями: *роль, коллективы, ценности, нормы*. Функционирование экономики Парсонс описывает, используя в качестве главного, понятие роль. Осуществление политической составляющей он характеризует, применяя понятие коллективы. Культура описывается понятием ценности, а социетальное сообщество – нормы. Ниже я предлагаю краткий комментарий к использованию этих понятий.

Экономическая жизнь в социологии стала объясняться особенностями ролевого или статусно-ролевого взаимодействия. *Роль* – это тот тип особой активности, которую человек осуществляет в совместных действиях, а *статус* – это его положение в обществе, занимаемое им место. Имея в виду современную систему организации социальной жизни, можно сказать, что роль – это профессия, то мастерство, которое приобрел человек, чтобы осуществить свой вклад в материальное обеспечение людей, обеспечение непосредственного жизненного существования. При этом надо учитывать, что человек может вносить вклад в экономику опосредованным образом.

Политическая составляющая – это те со-

циальные структуры, с помощью которых организуется управление населением, объединение людей, страны. С понятием управления связаны понятия *власть* и *влияние*. Проблема власти и влияния решается возможностью и правом людей объединяться в *коллективы*. Поэтому при описании политической составляющей Парсонс пользуется в качестве основного понятием не роль, а коллективы. Коллективы – это организации в форме политических движений, политических ассоциаций, политических партий. Это все разные коллективы. Коллектив, в отличие от обычного объединения, например, толпы, отличается тем, что у него есть цель, оформленная, например, в программе коллектива. Коллектив характеризуется также фиксированным членством. Возможность создания политических коллективов ведет к включению политической составляющей в социальную жизнь.

Решение политических, экономических задач, осуществление функции жизненного обеспечения людей и участие людей в организации собственной жизни по тем правовым установлениям, которые соответствуют сознанию людей, в конечном счете, зависят от того, какие ценности люди разделяют, т.е. от их культуры. Культура, как выше неоднократно говорилось, осмысливается с использованием понятия *ценности*. Ценности рассматриваются на двух уровнях. В соответствии с этими уровнями они выполняют две функции; назовем их трансцендирующими и универсализирующими. Трансцендирующая функция осуществляется ценностями как высшими достижениями человека, которые в процессе модернизации выполняют роль образцов воспроизводства, образцов сохранения и инновации. Универсализирующая функция культуры есть результат того, что высокие образцы постепенно начинают разделяться людьми в форме их идеалов, представлений о смысле и предназначении жизни.

Ценности преобразуются в инструмент социальной практики, благодаря тому, что они осознаются не только как образцы деятельности, не только как идеалы активности, не только как проектируемые цели, не только как проекты и программы, не только как представления о смысле и предназначении жизни, но тогда, когда они становятся

непосредственным руководством активности в форме внутреннего и внешнего диктата, т.е. тогда, когда они становятся нормами – конкретными предписаниями к активности или запретами на активность. *Нормы*, с точки зрения Парсонса, обеспечивают функционирование социетального сообщества. Таким образом, социетальное сообщество – это форма социального существования, где теории становятся практикой.

Основы модернизации

Как было сказано выше, модернизация – длительный процесс. Собственно модернизация начинается с XVII века. Но она возникает не на пустом месте. На протяжении веков закладываются основы модернизации или ее фундамент. Фундамент модернизации создается, начиная с возникновения христианства. Христианство Парсонс считает ядром того этапа, который обеспечил в будущем возможность модернизации.

Христианство, по его мнению, – ядро, центр всех изменений после античного периода. Христианство возникает в Римской империи сначала во враждебной обстановке, на потом распространяется по всей территории империи. В IV веке, с момента принятия христианства Константином, происходит процесс постепенного огосударствления религии, хотя между церковью и будущими государствами сохраняются сложные отношения, в которых управляющая роль переходит то к государству, то к религии.

В начале своего возникновения, христианство – это добровольное объединение людей, связанных друг с другом общей верой. Вместо осознания человеком своей избранности как представителя конкретного «народа», появляется осознание избранности тех, кто считает смыслом своей жизни личное спасение через веру в Христа, который, в отличие от трансцендентального Бога в иудаизме, предстает как Бог и человек одновременно. Христианин мог быть «одновременно христианином и римлянином или афинянином, членом церкви и этнотерриториального сообщества» (4, стр.31; 1, стр.48).

Со временем, считает Парсонс, христианство становится социальным институтом. Понятие церковь начинает употребляться в двух

смыслах: церковь – это объединение всех христиан в религиозную общину и церковь – это создаваемая социальная структура, центром которой становится римское папство. Оформляются обряды, ритуалы, формы религиозной службы, управляемые и осуществляемые церковью. Парсонс считает, что церковь испытывает воздействие римского права. В конечном счете, она предстает как образец социального устройства жизни. При этом одной из главных проблем, по мысли Парсонса, является отношение церкви к социальному миру, к тем людям, которые не являются членами христианского сообщества.

Таким образом, первый этап слияния – это включение в христианскую общину того опыта, который был наработан в римском государстве. Затем происходит обратный процесс. Церковь начинает оказывать воздействие на социальное существование мирян. Средневековье Парсонс описывает как откат в развитии. Универсалистские нормы начинают замещаться сложной системой правовых отношений в феодальном обществе.

Решающим моментом в эволюционном процессе Парсонс считает два периода – Ренессанс и Реформация. В эпоху Ренессанса, с точки зрения Парсонса начинает формироваться секулярная культура. Возникает новый этап дифференциации. Выделяются как самостоятельные сферы активности искусство, философия, научное знание, политическая мысль. Благодаря Ренессансу, происходит отказ от аскетизма, мир перестает осознаваться как враждебный спасению человека. В то же время, по мысли Парсонса, секуляризация – это момент в развитии. Церковь не остается глухой к тем изменениям, которые происходят в искусстве, философии, в политической мысли. В частности, изменяется отношение церкви к науке. «Осуждение Галилея церковью, – пишет Т. Парсонс, – уж никак не назовешь демонстрацией простого безразличия к его работе» (4, стр.47; 1, стр.68). Естественно, этот процесс нового этапа дифференциации и включения не мог не сказаться на формировании новых ценностей и их постепенного распространения. Через Ренессанс фактически утверждается мысль о божественности человека, природы, всего мира.

Ренессанс получает свое развитие, по мысли Парсонса, в Реформации. Новые ценности

в период Реформации получают дальнейшее развитие. Суть изменений, которые произошли в Реформации, кратко можно представить следующим образом. Вместо видимой церкви, объединяющим началом у верующих становится внутренняя невидимая церковь. От человека требуется не формальная принадлежность к религии, а готовность и способность культивировать в себе те качества, которые необходимы для служения Богу на Земле, для преобразования Земли во славу Бога. Самые разные виды активности, включая хозяйственную жизнь, начинают осознаваться как призвание, т.е. реализация внутреннего зова. Через процесс включения, по Парсонсу, человек начинает жить религией, а не проповедовать ее, говорить о ней, убивать за нее. «Эти крупные сдвиги в отношениях между церковью и миром часто интерпретируются как серьезное ослабление религиозного начала в пользу мирских утех, - пишет Т.Парсонс, - однако такой взгляд представляется ложным, поскольку Реформация в гораздо большей степени была движением за поднятие мирского общества на высочайший религиозный уровень» (4, стр.48; 1, стр. 70).

Вернемся еще раз к тому периоду, в котором, по мнению Парсонса, создавался фундамент модернизации. Он называет четыре главных этапа в этом периоде. Это принятие христианства, Средневековье, Ренессанс и Реформация. Парсонс считает очень важным сохранение христианства как независимого института, являющегося символом возможности нового типа социального существования.

Опасность разрушения независимости христианства как социального института, по мысли Парсонса, наступает с момента первых признаков огосударствления христианства с IV века, т.е. со времени принятия христианства императором Константином. Но христианство сохраняется как культурное начало, и в момент распада римского общества, благодаря тому, что возникает монашество как институт. Через монашество христианство утверждается как возможность организации жизни на других началах. В то же время, Парсонс считает, что и сама социальная действительность была каким-то образом культурным образцом для христианства как социального института. Христианство постепенно превра-

щается в иерархизованную систему во главе с Папой и даже с наличием собственной сферы владения. Имеется в виду Ватикан, не только как церковь, но и как конкретная территория, которая находится во владении церкви.

Монашество как социальная форма объединения, с точки зрения Парсонса, оказывает модернизационное воздействие на социальную жизнь. Речь идет о введении celibата для высших иерархов духовенства. Независимо от того, какую конкретную жизнь вели римские Папы и кардиналы, сам этот принцип означал отказ от распределения церковных должностей в зависимости от принципа наследственности. В будущем отношении к человеку, независимо от его наследственных корней, независимо от его происхождения, станет одним из главных модернизационных принципов.

Временное отступление в модернизационном процессе в эпоху Средневековья Парсонс объясняет тем, что перестают работать всеобщие нормы римского права. Вместо территориального принципа управления всей территорией империи появляются размытые, диффузные, каждый раз заново определяемые договором отношения между социальными группами, которые, в конечном счете, определяются как сословия. Но возникновение сословий, в том числе, земельной аристократии, городского патрициата, - это уже шаг к новой определенности. Другой шаг - это отношения между правителями и остальным населением в качестве подданных короля или императора. Скрытое движение к модернизации в Средневековье принимает форму появления новых территориальных образований как зародышей национальных государств, вместо прежних, постоянно изменяемых границ ленного (феодалного) владения. Этот процесс, с точки зрения Парсонса, в наиболее отчетливой форме проявился на северо-западе Европы, т.е. в будущей Англии, Франции и Голландии. Церкви в этих условиях удается сохранить свое влияние на социальную жизнь, хотя между церковью и социальным существованием возникает ситуация, которую можно назвать «перетягиванием каната».

Новая эпоха, когда модернизационные предпосылки становятся явными, по концепции Парсонса, связана с Ренессансом. Ренессанс, считает Парсонс, закладывает основы

разделения культуры на светскую и религиозную. Он пишет: «Ренессанс положил начало высокоразвитой секулярной культуре, выделенной из бывшей до этого общей религиозной матрицы» (4, стр.45; 1, стр.66). Это разделение – начало нового сознания, в основе которого лежит отказ от ухода от социальной жизни, который был характерен для раннего христианина. Социальная жизнь, мирское существование, участие в ней перестают осознаваться как препятствие в философии спасения. Важной характеристикой социальной действительности западного человека Эмиль Дюркгейм считал различие светского и священного, профанного и священного. Преодоление разрыва между мирской жизнью и религиозной жизнью, с точки зрения Парсонса, – это главный вектор тех преобразований, которые служат фундаментом модернизации. Разрыв, по этой концепции, преодолевается, благодаря возникновению внутри церкви секулярной или светской культуры.

Компоненты секулярной культуры, по мнению Парсонса, уходят вглубь античности. Фактически Парсонс говорит о той культуре, которая создавалась Платоном и неоплатонической философией, главный представитель которой – Плотин. «Христианские теологи III века Новой эры, - пишет Парсонс, -.... мобилизовали утонченные средства неоплатонической философии для решения... сложных интеллектуальных проблем, тем самым, создав прецедент сближения со светской культурой» (32, 49). Этот «прецедент» и проявился широко и глубоко в Ренессансе. Речь идет о пронизанности всего существующего Наивысшим, Абсолютным Началом. По сути, это означало признание важности, ценности мирской жизни во всех ее аспектах. К этой философии восходит ренессансный культ жизни как сферы прекрасного, сферы одухотворенного, сферы божественного. Эта философия выражается в ренессансной поэзии, живописи, зодчестве, архитектуре. В ней находят свое начало ренессансная наука в лице Г. Галилея и впервые зарождающаяся политическая мысль в лице флорентийца Н. Макиавелли.

На почве Ренессанса происходит то сближение религии и жизни, которое приводит к возникновению Реформации. Реформация означала, что человек рассматривается как орудие, инструмент преобразования Земли

во Славу Бога. Избранность человека определялась теперь тем, в какой степени он может претворить собственную жизнь в постоянное служение высшему началу. К Реформации восходит признание любого труда, включая хозяйственную деятельность, политику, художественную активность и т.д., как призвание в том случае, если человек осознает эту активность как собственную миссию на Земле.

Парсонс считает, что Реформация приводит также к возникновению церковно-монархических образований, но, в конечном счете, в ней закладывается будущее отделения церкви от государства, которое приводит к признанию права за каждым человеком делать собственный выбор в поисках высшего начала, высшего принципа, высших ценностей в своей активности.

Три революции в модернизации

Как говорилось выше, начало модернизации, по концепции Парсонса, - XVII столетие. XVII - XX столетия - это продолжение модернизации, которую Парсонс считал незаконченной, в период собственной жизни, т.е. до 80-х годов XX века. Главные положения модернизационной концепции вошли в современную социальную науку, политологию, политику, публицистику, журналистику. Правда, расставлены иные акценты по сравнению с модернизационной теорией Парсонса. Парсонс считал, что модернизация осуществляется в трех существенных сдвигах в социальной жизни Европы и Америки, которые он назвал тремя революциями – *промышленной, демократической и образовательной*. История, в его понимании, – это не набор случайных событий и обстоятельств, а те изменения, которые имеют глубокие причинно-следственные связи. Революцией он называет не конкретные насильственные действия, скажем, Французскую революцию 1789 года, а те изменения в жизни Запада, которые означали сущностный переход к новой форме организации жизни. То, что Парсонс называет революцией, на современном языке можно назвать сменой социальных парадигм. Причем эта смена, семена которой больше всего прорастают в какой-то отдельной стране, имеют тенденцию распространяться сна-

чала по всей Европе, а затем по всему миру. В XVII веке страной, которая явилась в какой-то степени моделью модернизационных процессов, по его мнению, была Англия. В XX веке, считает он, модернизация в наиболее явных формах стала осуществляться в США. Однако он считает, что в будущем модернизационный центр может оказаться в какой-то другой стране, например, на Востоке.

Все три революции ведут фактически к образованию социетального сообщества, где люди добровольно входят в общество, и они могут добровольно выйти из общества. Социетальное сообщество – это не отдельная страна, это не нация, не государство, это объединение, существующее пока только как идеал. Современный мир разделен на отдельные государства, на отдельные нации, и в этом смысле он еще не представляет собой системы обществ, т.е. объединения людей по добровольному принципу.

По модернизационной теории к социетальному сообществу как раз и ведут три названные выше революции. Промышленная революция – это отделение политической власти от экономики. Это не значит, что государство или политическая власть ослабляются, это значит, что экономика развивается на фундаменте поддержки властью экономики как той подсистемы существования, в которой власть не должна непосредственно участвовать. Всякое участие власти в экономике нарушает принцип свободного предпринимательства. Непосредственное участие власти в экономике создает преимущественные условия для одной ветви экономики в пользу другой, для одной хозяйственной единицы в пользу другой. Участие каждого человека в процветании страны Парсонс считает условием и результатом промышленной революции.

Итак, в основе промышленной революции, в модернизационной концепции Парсонса, лежит принцип свободного предпринимательства. В то же время он считает необходимым учитывать тот факт, что у людей разный старт жизни. Человеку в модернизирующейся социальной системе должно быть обеспечено удовлетворение фундаментальных биологических нужд. Поэтому, по его мнению, промышленная революция, базирующаяся на рыночной экономике, включает в себя необходимость установления на государственном

уровне того стандарта жизни, ниже которого нельзя опускаться. Установление стандарта жизни необходимо для решения проблемы бедности, которая, по его мнению, является главной проблемой в современном мире.

Демократическая революция – это отделение власти от социетального сообщества. Люди на базе демократической революции получают возможность свободно объединяться в разные коллективы, руководствуясь не внешним, а внутренним диктатом. Включение политической власти в общество связано с тем, что создается *электорат*, то есть все население страны, за некоторыми исключениями, прописанными в законах, рассматривается как сообщество людей, где каждый принимает участие в выборе политической власти, которая делегируется отдельным представителям общества по определенным правилам участия в выборах на разных уровнях. Общество является электоратом в том случае, когда выдерживается принцип – «один гражданин – один голос» (4, стр.82; 1, стр.112)

Самой важной революцией Парсонс считал образовательную революцию. Благодаря образовательной революции, равенство и свобода должны быть преобразованы в братство, т.е. в общество, выражаясь языком Эмиля Дюркгейма, органической солидарности. Если во время промышленной революции происходит отделение политической власти от экономики, если в демократической революции происходит отделение политической власти от социетального сообщества, т.е. отделение государства от общества, то в образовательной революции происходит отделение культуры от общества. Всякое отделение или дифференциация, по концепции Парсонса, – это шаг к новому включению. Культура как образцы существования, как идеология, как учение становится содержанием жизни каждого человека, иначе говоря, культура в форме высших достижений в искусстве, философии, религии, в других формах выражения представлений о смысле и значении жизни, преобразуется в то, что разделяется людьми в образе жизни. Культура становится практикой, формируя то, что называется повседневностью жизни. Благодаря образовательной революции, равенство как возможность, свобода как необходимость согласовать собственную

свободу со свободой других, преобразуется в осознание ценности равенства, ценности свободы непосредственно в социальной практике.

Свобода в своем высшем выражении недостижима, если человек не способен занимать особое место в обществе, участвовать на коллегиальном уровне в общественной жизни соответственно своим способностям и возможностям. По мнению Парсонса, эти возможности и способности раскрываются, культивируются через систему всеобщего начального образования, университетского образования, через систему социализации, т.е. постоянного обучения и переобучения в условиях изменяемого мира. Для Парсонса образование включает в себя не только знание внешнего мира, но и преобразование мотивационной системы.

Эта мысль Парсонса не была развита им до конца, но важно отметить тот факт, что он говорит об образовании не только как о подготовке к жизни в обществе на добровольных началах, в соответствии с тем, что социальная жизнь представляет собой в каждый конкретный момент, но и также в соответствии с тем, чем может стать социальная жизнь на основании развития мотивационных систем.

Таким образом, отделение культуры от общества означает, что культура в форме высших достижений человечества преобразуется в культуру ценностей повседневного существования. Парсонс все время подчеркивает, что люди отказываются в своем отношении к друг к другу от аскриптивного принципа, т.е. осознания других по их принадлежности к определенному социальному слою. Генерализация ценностей постепенно ведет к представлению о том, что люди, - прежде всего, - люди, что каждого другого надо принимать не только как другого, но и как своего. Новые ценностные основания – это выход к тем принципам, тем ценностям, в основе которых лежит осознание наличия в каждом человеке общего начала. Если не признать наличия в другом этого общего принципа жизни, общего начала, то невозможна генерализация ценностей. В то же время Парсонс говорит о том, что генерализация ценностей в обществе как идеале, должна сочетаться с признанием дифференцированности мира, его многообразия. Генерализация ценностей в общечело-

веческом масштабе возможна на культивировании в каждом человеке чувства единства в многообразии.

В результате каждый человек начинает принимать участие в той или иной форме в процветании социальной жизни, что ведет к утверждению ценностей жизненного обеспечения каждого человека, независимо от того, какой он принадлежит социальной группе, конфессии, социальному классу и т.д. Демократическая революция означает отделение политической власти от социальной жизни в ее целостности, таким образом, что потом каждый человек начинает принимать участие в управлении страной, что ведет к утверждению ценности самоуправления, самоорганизации социальной жизни. Образовательная революция связана с отделением культуры от социальной жизни, что ведет к тому, что каждый человек становится носителем культуры, и утверждается принцип необходимости индивидуального вклада каждого человека в самоосуществление общества в соответствии с его возможностями и способностями.

Современное понимание Ренессанса

В современном понимании Ренессанса произошел большой сдвиг. Ренессанс перестал рассматриваться как только европейское явление. Начиная с А. Тойнби, понятие Ренессанс употребляется не только как обозначение конкретного периода европейской истории, который представлен, прежде всего, в литературе и искусстве Италии, в некоторых странах европейского Северо - Запада и континентальной Европы, а также как общее явление, которое характеризуется возвращением на новых основах к тем периодам человеческой истории, которые представляются сторонниками этой концепции истоками человеческой эволюции. А. Тойнби пишет: «...Становится ясным, что употреблять слово «Ренессанс» как имя собственное неправильно, ибо совершенно ошибочно считать событие или факт уникальным, когда на деле это не более, чем пример постоянно повторяющегося исторического феномена. Эвокация мертвой или устаревшей фазы живой культуры представителями какой-либо цивилизации – это не уникальное событие истории, а повторяющийся исторический процесс, по-

этому следует говорить не «Ренессанс», а «Ренессансы»» (3, стр.600).

Понятие Ренессанс, в конечном счете, начало употребляться в трех смыслах. Во-первых, как конкретное событие в европейской истории, приблизительно охватывающее период с XIV по XVI век, во-вторых, как расцвет какой-нибудь отдельной сферы человеческой активности, например, поэзии, философии, религиозной жизни, науки и т.д., и, наконец, расцвет культуры с возвращением к истокам человеческой цивилизации на фундаменте модернизации. В конечном счете, появление разных толкований понятия Ренессанс ведет к отказу от представления о том, что социальная эволюция начинается с античности: она уходит вглубь человеческих веков, к самой заре человеческого существования. Если под Ренессансом понимать возвращение к истокам на основе новых достижений, т.е. пересмотр истоков в свете этих достижений, то Ренессанс начался не в Европе, а на Востоке.

Я говорила уже выше, что у самого Парсонса мысль о том, что единственной эволюционной зоной является Запад, противоречит его пониманию человеческой эволюции как продолжения мировой эволюции. Тем не менее, если понятие Ренессанс толкуется сейчас в трех разных смыслах, указанных выше, то модернизация в своем происхождении и развитии осознается как достижение на Западе. В социальной и политической литературе сейчас пишут о том, что в процесс модернизации широко включились страны Востока, прежде всего, Китай и Индия.

Те процессы, которые происходят в этих странах, осознаются во многих случаях как необходимость согласовать модернизацию жизни, понимаемую как ту модель организации социальной жизни, которую предложил Запад, с принципами, идеалами, ценностями собственной национальной культуры. Иначе говоря, ставится вопрос, как согласовать модернизацию с необходимостью учитывать те устои национальной жизни, которые уходят в этой стране к культурным истокам именно этой страны. При этом развивается мысль, что поиски согласования двух начал: западной модернизации и национальных идеалов и ценностей порождают Ренессанс, который может и должен оказаться вкладом в мировую эволюцию. Таким образом, та интегра-

ция человечества, о которой писал Парсонс, может развиваться не только на фундаменте тех достижений, которые предлагает миру Запад, но и на основании тех инноваций, того вклада, который может и должен внести в социальную эволюцию Восток.

Имея в виду выше высказанную мысль, я думаю, интересно рассмотреть последствия того явления, которые названы в современной философской и социальной литературе Бенгальским Возрождением. Понятие Бенгальское Возрождение было введено в философскую и политическую лексику деятелями бенгальской культуры, начиная с начала XIX века. Бенгальское Возрождение на Западе описано в разных статьях, в том числе, в двух фундаментальных работах. Одна – это книга Шри Чинмоя «Маяк Матери Индии: духовные лидеры Индии». Она опубликована в 1973 году, но видимо, ее статьи были написаны еще до переезда Шри Чинмоя в 1964 году в Америку. Названная книга представляет собой биографические очерки тех людей, которые создавали Бенгальское Возрождение. Вторая книга – «Бенгальское Возрождение» Т.Г. Скороходовой, она опубликована в 2008 году. Это попытка обобщить все существующие исследования Бенгальского Возрождения, на основе которого возник индийский Ренессанс.

По мысли Т.Г. Скороходовой, бенгальское Возрождение – это вызов западной модернизации, который оформился в проект преобразования Индии во всех сферах жизни – политической, экономической, социальной и культурной (2). Бенгальское Возрождение, по концепции двух названных столь разных авторов, было, в конечном счете, ориентировано на интеграцию Востока и Запада. Эта интеграция осознается не как ассимиляция Западом Востока, не как поглощение Востока Западом, не как пассивное включение стран Востока в общий процесс модернизации, а как интеграция, где и Восток, и Запад вносят особый вклад в мировое единство. И этот вклад подразумевает необходимость осознать, что такое Бенгальское Возрождение.

С одной стороны, «вызов» модернизации заключался в необходимости преобразовать социальную жизнь Индии в соответствии с тем, что становится нормой в модернизационном процессе. Бенгальские духовные

лидеры, философы, политические деятели, ученые, писатели выступали с одними и теми же лозунгами, защищали одни и те же принципы: прежде всего, необходимо добиться национальной независимости Индии. Только при этом условии можно создать жизнь, при которой миллионы людей не будут умирать с голода, не будет разделения населения Индии по демографическому признаку, где люди не будут оцениваться по кастовому признаку, где, так называемые шудры и неприкасаемые будут считаться гражданами страны, они должны быть уравнены в своих правах с представителями других социальных слоев и кругов. Высказывалась необходимость исключить неравенство женщин, избавиться от такого печального наследия прошлого, как самосожжение вдов (сати), ранние браки, невозможность женщинам выйти второй раз замуж. Утверждалась необходимость свободы выбора женщинами своей социальной роли в обществе. Поднимался вопрос о необходимости создания такой системы общего и университетского образования, в которую были бы интегрированы восточные и западные достижения, и которая была бы доступна для всех граждан.

Важно подчеркнуть, что с точки зрения Шри Чинмоя, в основе Бенгальского Возрождения лежит концепция мировой эволюции, предложенная миру философией Шри Ауробиндо. Согласно этой концепции, эволюция от минералов к растениям, от растений к животным, от животных к человеку, с одной стороны – единый процесс, а, с другой стороны, – восхождение к тому периоду, когда человек начнет реализовывать скрытые в нем возможности. С точки зрения создателей Бенгальского Возрождения, фундаментом этого Возрождения должна стать модернизация. Если, согласно Парсонсу, Ренессанс ведет к модернизации, то, с точки зрения сторонников восточной концепции эволюции, модернизация ведет к Ренессансу, т.е. к расцвету сначала национальной культуры, а затем и мировой. Концепция мировой эволюции творцами Бенгальского Возрождения осознавалась как возвращение к истокам бенгальской культуры, т.е. к самой древней из всех писанных культур человечества. Имеются в виду Веды, Упанишады, Рамаяна, Махабхарата, Пураны.

Ренессанс подразумевает раскрытие уни-

кальных возможностей человека. Появляются, так называемые, ренессансные личности.

Философия, создаваемая в период Бенгальского Возрождения, утверждала, что человек обладает огромными скрытыми возможностями, что проявляется в появлении ренессансных личностей. Один из примеров таких ренессансных личностей – это Рабиндранат Тагор, о котором Шри Чинмой сказал: «По истине, жизнь Тагора была жертвой Культуре... По множественности его вклада в культурное возрождение Бенгалии никто не равен ему и никто не может к нему приблизиться» (5, стр. 189, стр.199). Очень важно, что Тагор оценивается Шри Чинмой не только как представитель Бенгальского Возрождения, а как представитель мировой культуры. Шри Чинмой пишет: ««Я не афинянин, не грек, я – гражданин мира»». Это возвышенное высказывание Сократа приложимо к жизни Тагора, потому что он не бенгалец, не индеец, а универсальный человек (5, стр.140, стр.141). Высокую характеристику Тагору как представителю Бенгальского Возрождения дает Т.Г. Скороходова: «Эпоху завершает Рабиндранат Тагор – наиболее полное воплощение ренессансного гения эпохи: поэт, прозаик, просветитель, педагог, общественный деятель, философ, драматург, актер и режиссер, певец и композитор, художник, литературный критик и лингвист. Сложно найти в индийской культуре человека, внесшего в нее вклад, равноценный вкладу Рабиндраната. Феномен Рабиндраната подобен феномену Леонардо да Винчи в европейском Ренессансе» (2, стр.50).

Следовательно, в Бенгальском Возрождении нашло выражение то представление о величии человека, которое питалось уверенностью в том, что мировая эволюция не кончается в человеке – она найдет полное воплощение в постепенном, но безусловном совершенствовании всей его природы. Эта мысль нашла такое выражение в утверждении Шри Чинмоя: «Каждый человек – это чудо. Каждый индивид – эпопея. К несчастью так сложилось, что у нас нет ни времени, ни любопытства увидеть это чудо или прочесть эту эпопею. Мы знаем, что человек – не то, кем он кажется, он представляет собой нечто большее, чем его достижения и то, кем он сейчас является. Мы можем сказать, что человек – именно то, что нужно превзойти» (5, стр.70).

Интересно сравнить это высказывание Шри Чинмоя со словами Гамлета в одноименной трагедии Шекспира: «Что за мастерское создание – человек. Как благороден разумом! Как беспределен в своих способностях, облициях, движениях! Как точен и чудесен в действии! Как он похож на ангела глубоким постижением, как он похож на некоего Бога! Краса Вселенной! Венец всего живущего!» (пер. Лозинского). Но монолог Гамлета пронизан иронией. Он завершается словами: «А что для меня эта квинтэссенция праха?»

Трагедия Шекспира создавалась в XVI веке, т.е. в конце эпохи Ренессанса. Представители бенгальского Возрождения говорили об эволюции человека как о венце творения без всякой иронии. По сути дела, отказаться от того, что человек эволюционирует – это значит, отказаться от эволюционной концепции как таковой, на фундаменте которой держится современная естественная и социальная наука. Вера в высокое предназначение человека, в котором проявляется Абсолютное Всевышнее Начало и есть источник вклада Востока в мировую культуру. В свою очередь, Восток заимствует у Запада его достижения в той социальной организации жизни, которая впервые названа модернизацией Парсонсом.

По представлению деятелей Бенгальского Возрождения, Восток и Запад необходимы друг другу, и их интеграция взаимно выгодна как Востоку, так и Западу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Парсонс Т.* Система современных обществ/Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева. Под ред. М.С. Ковалевой. – М.: Аспект Пресс, 1997. – 270 с.
2. *Скорородова Т.Г.* Бенгальское Возрождение. Очерки истории социо-культурного синтеза в индийской философской мысли Нового времени. - СПб.: Петербургское Востоковедение, 2008. – 320 с.
3. *Тойнби А. Дж.* Постигание истории. – М.: Прогресс, 1991. – 736 с.
4. *Parsons T.,* Harvard University. The system of modern societies. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1971. – 152 p.
5. *Sri Chinmoy.* Mother India`s lighthouse: India`s spiritual leaders. Flame-heights of the West. – NY.: Rudolf Steiner Publications, 1973. – 280 p.
6. *Sri Chinmoy.* Yoga and the spiritual life: The journey of India`s Soul. - N.Y.: Aum Publications, 1974. – 215 p.
7. *Sri Chinmoy.* Commentaries on the Vedas, the Upanishads and the Bhagavad Gita: The Three Branches of India`s Life-Tree. - N.Y.: Aum Publications, 1996. - 254 p.

Emma A. Chamokova. Modernization theory in western and eastern evolutionary conceptions.

Summary

The article is dedicated to the development of value's conception of culture seen in the light of integration of two paradigms of self-awareness, realized in the conception «Me» (The East) and «The society» (The West). The value's conception of culture was created by the European researchers of social knowledge in the beginning of the twentieth century and went down in science thanks to the generalizing writing by Parsons «The structure of social action» (1937). It had been developed by Parsons along with the like-minded people during his whole life, that is to say, till the middle of 70-s of the past century. On a level with the conception of values as the ideals of achievements, the theory of values as the manifestation of value's attitude on the outer plane is suggested. In the second case, the value's theory is taken as the harmonizing element in the gradual establishment of human oneness.

Keywords: self-awareness, social action, utilitarian orientations, value system, value anthology, society modernization, conation to happiness, life standard, social Darwinism, social evolution and involution, culture as transcending, culture as universalization, culture as samples, culture as oneness on mind, in senses and actions.

О.В. Крель, И.К. Нурмеев, И.Б. Канифольский, О.А. Старостин,
И.А. Поляков, Е.А. Кожуховская, Р.В. Макушенко, В.Е. Барановский

ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА И В ПОСТКОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ

Аннотация

В статье приводится описание программы лечения и реабилитации больных ТБСМ (травматической болезнью спинного мозга), разработанной коллективом врачей и психологов, следующих в своей практической деятельности холистическому (целостному) подходу в отношении состояния здоровья человека.

Ключевые слова: холистический, холистический подход, травматическая болезнь, реабилитация, комплексная диагностика, групповая психотерапия, палсинг, цигун, мануальная терапия, остеопатия, арт-терапия, гомеопатия, пульсогемоиндикация.

Программа разработана коллективом сотрудников общественной организации «Ассоциация АнтЭра – институт клинической медицины и социальной работы им. М.П. Кончаловского»

... Целое больше чем сумма его частей.
Аристотель (384-322 гг. до Р.Х.)

При создании холистической системы лечения и реабилитации больных **ТБСМ** (травматической болезнью спинного мозга) коллектив разработчиков руководствовался вовлечением в лечебно-оздоровительный процесс физической, психической и духовной

(трансцендентной) составляющих человека. В основании холистического подхода лежит глубокое осмысление взаимосвязи вышеназванных уровней, форм их соотносённости в человеке, общей и частной схематики причин возникновения заболеваний, влияние этой взаимосвязи на процессы оздоровления.

Наряду с широким использованием физико-биологических методов лечения, нами разработан лечебно-оздоровительный комплекс, включающий в себя как традиционные, так и новейшие авторские разработки в области психосоматической терапии, арттерапии, трансперсональной психологии.

Такой целостный подход к проблеме заболевания позволяет не только существенно влиять на развитие позитивных тенденций в ходе протекания ТБСМ, но и создаёт реальную перспективу возвращения пациента в здоровую среду, адаптации к новым условиям жизни.

© О. В. Крель, И.К. Нурмеев, И.Б. Канифольский,
О.А. Старостин, И.А. Поляков, Е.А. Кожуховская,
Р.В. Макушенко, В.Е. Барановский, 2011.

I. Комплексная диагностика

Медико-биологическая диагностика (оценка состояния пациента с использованием клинических, лабораторных, инструментальных исследований и неврологического обследования; а также метода пульсогемоиндикации как базового)

Психологическая диагностика – установление вербального и невербального контакта с пациентом и родственниками, проведение тестирования.

II. Терапевтический комплекс

Острый и ранний периоды (до 4-х недель).

Использование метода пульсогемоиндикации и элементов классической гомеопатии;

Методика «сомато-рецепторного проторения афферентных путей» - начало восстановления двигательной активности ещё сохраняющих (первые 2 недели после острого случая) иннервацию мышц;

кризисное психологическое консультирование и психокоррекция состояния родных и близких пациента;

Пульсационный холистический массаж (палсинг). Работа с рефлексогенными зонами с использованием рефлексотерапии и мягких методов мануальной терапии;

Стабилизация психо-эмоционального состояния.

Промежуточный период (до 3-х месяцев).

Использование метода пульсогемоиндикации и элементов классической гомеопатии, ЛФК;

Кризисное психологическое консультирование и психокоррекция пациента на основе клинических данных и результатов комплексного тестирования, купирование психо-эмоциональных расстройств, предотвращение депрессивных состояний, аутизации, ощущения отчуждения и изоляции, а также гиперкомпенсаторных реакций гетероагрессии и самообвинения;

подготовка индивидуальной реабилитационной программы «сомато-рецепторного проторения афферентных путей с опорой на осознание» (специфическое воздействие в

контексте единой клинической картины);

контроль за выраженностью болевого синдрома;

обучение родственников навыкам взаимопомощи в рамках холистического подхода.

а) создание благоприятной среды;

б) стимуляция афферентных функций сознания;

с) арттерапия;

д) применение мануальных методик воздействия на кранио-сакральную систему.

Восстановительный период (до 3-х лет).

Использование методов Восстановительной медицины: пульсогемоиндикации, гомеопатии, ЛФК, мануальной терапии, физиотерапии.

Проведение индивидуальной реабилитационной программы по восстановлению двигательных навыков, чувствительности и функций тазовых органов;

коррекция отношения пациента к болезни и восстановительному лечению;

психотерапия депрессивных и тревожных состояний;

формирование адекватной мотивации на восстановление утраченных двигательных функций;

осознавание патологических реакций пациента на болезнь;

максимальное вовлечение пациента в восстановительный процесс и восстановление нарушенных в результате болезни психологических, социальных и экономических связей;

обучение навыкам саморегуляции и самопомощи в рамках холистического подхода;

психотерапия родственников пациента;

в случаях неустойчивой мотивации больного к предлагаемым методам психотерапии, при выраженной конфронтации и наличии стойкого негативизма, использовать средства *косвенной психотерапии*: библиотерапия, терапия занятостью, освоение бытовых навыков;

арт-терапия – видеотерапия.

системная семейная терапия:

участие семьи пациента в социально-психологической реабилитации и социальной реадaptации, преодоление через осознание

возможных рентных установок, тенденций к манипуляциям окружающими, инфантилизацией личности за счёт защитного психологического регресса.

групповая психотерапия пациентов: использование групповой динамики для формирования адекватной мотивации на восстановление;

ознакомление пациента с целостной (холистической) картиной его клинической ситуации (заболевания) и ее истоками;

снятие стрессовых состояний, напряженности, активизация иммунной системы с использованием метода – холистического палсинга;

применение мягких методов мануальной терапии в расширенном объеме.

Поздний период (более 3-х лет).

Индивидуальная терапия:

использование методов Восстановительной медицины: пульсогемоиндикации, гомеопатии, ЛФК с применением комплексных методик на основе практики традиционной восточной медицины (ци-гун, йога), мануальной терапии; медицинское наблюдение и коррекция общего состояния здоровья пациента.

психотерапия – по показаниям;

социально-психологическая реабилитация;

системная семейная терапия – по показаниям;

групповая психотерапия пациентов с ТБСМ: клубные формы, группы встреч пациентов;

палсинг;

арт-терапевтическая восстанавливающая программа, состоящая из произведений мирового кинематографа и комментариев к ним, направленных на создание пробуждающих переживаний в контексте экзистенциально-гуманистической психологии; комментарии

могут быть записаны в виде звукового файла, и пациент может прослушать эти комментарии самостоятельно во время просмотра фильма или после;

проведение восстанавливающих сессий в форме индивидуальной и групповой терапии;

применение мягких методов мануальной терапии в расширенном объеме.

Таким образом, здесь представлена поэтапная система восстановления утраченных или нарушенных в результате травмы или другой патологии функций органов и систем.

В зависимости от ситуации, содержание и последовательность вышеописанных методик могут быть изменены и адаптированы к конкретному пациенту. Но, ведущая роль в восстановительном процессе отводится мобилизации имеющихся у пациента ресурсов и их оптимальному использованию для эффективного ответа на проводимое лечение, сокращения за счет этого времени лечения и количества медикаментов и, следовательно, снижения количества возможных осложнений. При этом очень важно сознательное участие пациента во всем этом процессе, его включенность и духовная работа.

Конечно, использование такой программы предполагает создание условий длительного взаимодействия с пациентами сначала в стационаре и, далее, в реабилитационном пансионате и на дому. И очень многое зависит от характера отношений пациента с окружающими специалистами и родственниками.

Поэтому особенное значение придается психологическому сопровождению и созданию условий для терапевтического сотрудничества.

*О.В. Крель, И.К. Нурмеев, И.Б. Канифольский, О.А. Старостин, И.А. Поляков,
Е.А. Кожуховская, Р.В. Макушенко, В.Е. Барановский*

*Olga V. Krel, Igor K. Nurmeev, Igor B. Kanipholsky, Oleg A. Starostin,
Igor A. Polyakov, Ekaterina A. Kozhuhovskaya, Rostislav V. Makushenko,
Viktor E. Baranovsky. The holistic approach for complex rehabilitation of
patients with spinal cord traumatic disease and at status postcoma.*

Summary

The description of the program of treatment and rehabilitation of patients with spinal cord traumatic disease developed by collective of doctors and the psychologists following the holistic approach concerning a human health status in their practice is described in the article.

Keywords: holistic, holistic approach, traumatic disease, rehabilitation, complex diagnostics, group psychotherapy, pulsing, Chi Kung, manual therapy, osteopathy, art therapy, homeopathy, pulsohemoincication.

ЧУЖОВ Александр Львович

ПЛАЦЕБО И ХОЛИЗМ.



Аннотация

Этот обзор дает полный спектр исторических концепций, а также современных научных исследований и клинических данных о роли плацебо, псевдоплацебо и ноцебо в клинической практике и научных исследованиях.

Концепция плацебо была разработана во второй половине прошлого века, когда общие представления о саногенезе и методики исследования сделали это возможным. На основании анализа литературных данных и собственных клинических наблюдений, автор обсуждает участие плацебо-эффекта в регуляции системных функций.

Кроме того, автор обсуждает перспективы совершенствования методов лечения с учетом механизмов патогенеза (ноцебо-эффект) и саногенеза (плацебо-эффект), связанных с холистическим подходом к здоровью человека.

Ключевые слова: плацебо, псевдоплацебо, ноцебо, плацебо-эффект, холизм.

Что такое плацебо? Термин «плацебо» (лат. *placeo* – нравиться, удовлетворять, быть подходящим) впервые встречается в медицинской литературе в 1894 г. По современным представлениям, «плацебо – это любой компонент лечения, который намеренно используется ввиду его неспецифического, психологического или психофизиологического действия или который используют ради его ожидаемого, но неизвестного больному и врачу, направленного неспецифического влияния на больного, симптом или болезнь» (Shapiro A., 1978). Обычно под плацебо подразумевают фармакологически инертный препарат. Однако в качестве плацебо может выступать любая медицинская процедура (хирургическая манипуляция, психотерапия, физиотерапия и др.), которая не является специфически эффективной в отношении данного симптома или заболевания.

С 1970г. плацебо-контроль является обязательным для оценки эффективности лекарственных препаратов. Но лишь в последнее

время возник научный интерес к плацебо как таковому. По мере накопления научных данных оказалось, что применение плацебо у части больных сопровождается терапевтическими эффектами, выходящими за рамки спонтанных изменений в результате естественного течения болезни. Плацебо может быть разных видов.

Инертное и активное плацебо. Псевдоплацебо. В идеале инертное плацебо должно имитировать не только форму, цвет и консистенцию, но и органолептические свойства (вкус, запах) соответствующего препарата. При этом содержащиеся в нем вещества не должны иметь никаких фармакологических свойств. Однако на практике плацебо в форме таблеток изготавливают из мела, сахара, крахмала, талька или глюконата кальция, воздействием которых на организм пренебрегают. При изготовлении плацебо в виде раствора чаще всего используют хлорид натрия. Активное плацебо является фармакологическим препаратом, действие которого, однако, не распространяется на данное болезненное состояние. В идеале оно должно полностью имитировать весь спектр известных побоч-

© А. Л. Чужов, 2011.

ных эффектов соответствующего препарата и только этим ограничиваться, что на практике, разумеется, недостижимо.

Плацебо-терапия может назначаться осознанно или неосознанно. Так, врач может назначить лечение, искренне веря в его эффективность, тогда как на самом деле это плацебо-терапия. В качестве примера можно привести неоправданно широкое назначение витаминов, общеукрепляющих средств, антибиотиков при вирусной инфекции, препаратов в неадекватно низких дозах и препаратов с недоказанной эффективностью. Последнее определяется термином «псевдоплацебо». Чтобы выполнять свою функцию, плацебо должно обладать определенными свойствами.

Свойства плацебо. В сознании многих людей есть несколько стереотипов относительно того, какими должны быть лекарства:

1. Лекарства должны быть горькими.
2. Таблетки должны быть или очень большими (ассоциируются с большой дозой), или очень маленькими (ассоциируются с высокой эффективностью).
3. У сильнодействующего лекарства обязательно должны быть побочные эффекты.

Если пациент осведомлен о побочных действиях препарата, то в 77% случаев они у него возникают при приеме плацебо. Приборы или тщательно разработанные процедуры более эффективны, чем прием таблеток. Считается, что наиболее выраженный эффект плацебо возникает при инъекционном пути его введения. Установлена зависимость плацебо-эффекта от внешнего вида и цвета таблеток. Так, при исследовании анальгетического эффекта плацебо у больных с ревматоидным артритом было выявлено, что он снижался при приеме разноцветных таблеток в такой последовательности: красные, голубые, зеленые, желтые. Анализ 12 публикаций показал, что красные, желтые и оранжевые таблетки ассоциируются со стимулирующим эффектом, а белые и зеленые сопровождаются транквилизирующим действием. Установлено, что таблетки или капсулы красного цвета более эффективны при лечении детей. Важно и количество принимаемых таблеток. Результаты метаанализа показали, что эффект лечения был статистически более значимым среди тех, кто применял 4, а не 2 таб-

летки. Подобное влияние оказывает и цена препарата: если лекарство дорогостоящее, редкое, труднодоступное, то на невротиков оно подействует эффективнее. Также установлено, что плацебо под брендовым названием оказывает более выраженный эффект, чем малоизвестный препарат. При этом важно различать плацебо как таковое и результат его применения.

Истинный и ложный плацебо-эффект. В 1955г. Н. Веечер ввел в медицинский лексикон термин «плацебо-эффект», под которым понимал изменения в состоянии больного, наступающие вследствие применения плацебо. Однако состояние больных может изменяться и в результате действия других факторов, которые могут создавать иллюзию плацебо-эффекта (ложный плацебо-эффект):

1. Спонтанное улучшение.
2. Колебание симптомов относительно среднего значения.
3. Неучтенное дополнительное лечение.

Ноцебо. Плацебо-эффект может проявляться как позитивными (положительный плацебо-эффект), так и нежелательными изменениями, например – головная боль, головокружение, сонливость, кожная сыпь, желудочно-кишечные нарушения и др. (отрицательный плацебо-эффект или «ноцебо»). Его появление связывают с феноменом «самопророчества». У одного и того же пациента могут одновременно наблюдаться как позитивные, так и негативные эффекты вследствие приема плацебо (смешанный плацебо-эффект). В подобном случае имитация действия лекарственного препарата будет наиболее полной. Однако исследований ноцебо значительно меньше, так как они считаются неоправданными с этической точки зрения. Проявления ноцебо часто оказываются расплывчатыми и «мягкими»: тошнота, усталость, бессонница, боли в животе или усиление симптомов основного заболевания. У женщин ноцебо-эффект бывает выражен больше, чем у мужчин. Доказано, что ноцебо-эффект имеет не только психологическую природу. Так, вызванная ноцебо гипералгезия обусловлена холецистокинином и устраняется его антагонистом (проглумидом). Но насколько распространен феномен плацебо?

Распространенность плацебо-эффекта. Похоже, что плацебо-эффект – явление уни-

версальное, поскольку не существует заболевания, при котором доказано его отсутствие. Полагают, что значимая эффективность плацебо отмечается при 60-90% заболеваний. Считается, что плацебо-эффект наблюдается приблизительно у 30-35% больных при большинстве заболеваний. Однако данные двойных слепых исследований варьируются в широких пределах – от 7 до 49%. Большой разброс результатов обусловлен различиями в критериях оценки плацебо-эффекта и зависимостью его от внешних условий. Также выявлены существенные различия успешности плацебо-терапии на разных географических широтах. Безусловно, информированность врача и больного о проводимой лекарственной терапии существенно влияет на плацебо-эффект. Величина плацебо-эффекта в значительной мере зависит от степени открытости исследования. Наиболее высокий эффект отмечается в открытых испытаниях лекарственных средств, что обусловлено завышенными ожиданиями врача и пациента. Меньший эффект отмечается при простых слепых исследованиях. Наиболее низкий лекарственный эффект выявляется в ходе исследований по двойному слепому методу. Плацебо может выступать не только как индифферентное, инертное в фармакологическом плане вещество, но и как лечебная процедура и даже словесное воздействие. Часто плацебо-эффект обнаруживается при хирургическом лечении или аппаратной процедуре, поскольку они более очевидны для больных.

Плацебо-эффект был описан при хроническом болевом синдроме, синдроме хронической усталости, артритах, головной боли, аллергии, артериальной гипертензии, бессоннице, астме, хронических расстройствах пищеварительного тракта, депрессии, тревожных состояниях, болезни Паркинсона, ожирении, пременопаузе. Плацебо-эффект был убедительно продемонстрирован в одном из первых исследований действия анаболических стероидов (дианабол). Установлено, что эффект плацебо может проявляться даже тогда, когда пациенты знают, что им дали «пустышку». В исследовании, проведенном в Медицинской школе Джона Гопкинса, 15 участников, проходивших амбулаторное лечение патологически тревожного состояния, получали плацебо, о чем они были информированы.

В результате 14 пациентов сообщили, что тревожность значительно снизилась: 9 – напрямую связывали полученные результаты с приемом таблеток, 6 – подозревали, что в таблетках содержались активные составляющие, 3 – жаловались на побочные эффекты: ухудшение зрения и появление сухости во рту (как при приеме психотропных препаратов). При исследовании плацебо-эффектов при различных тревожных расстройствах установлено, что больные с обсессивно-компульсивными нарушениями гораздо меньше реагировали на плацебо, чем лица с генерализованной социальной фобией или паническим расстройством. Эти данные нельзя объяснить различными ожиданиями пациентов. Было проведено исследование плацебо-эффекта у лиц, страдающих хронической депрессией. Выраженное улучшение состояния отмечено у 52%, получавших лекарства (флуоксетин и венлафаксин), и у 38% из группы плацебо. Этот эффект сопровождался принципиально разными изменениями в активности головного мозга. Так, антидепрессанты преимущественно активировали префронтальную область мозга, ответственную за эмоциональное состояние человека, а плацебо оказывало только общестимулирующее действие на мозг, то есть не столько снимало депрессию, сколько способствовало общему повышению психической активности. Иными словами, плацебо-эффект по своему механизму не имеет ничего общего с обычным лечением.

Уменьшение выраженности боли с помощью плацебо составило 55% того показателя, которого можно добиться с помощью морфия. Наиболее плацебо-зависимыми являются «стреляющая» боль и жжение. Уменьшение выраженности этих симптомов при применении плацебо отмечено более чем у 30% пациентов. Единственным симптомом, совершенно нечувствительным к плацебо, оказалось ощущение онемения. Плацебо-эффект чаще определяется при хронически текущих заболеваниях. Опубликованные результаты исследований свидетельствуют о высокой частоте случаев излечения с применением плацебо: головной боли – 62%, простудных заболеваний – 45%, ревматизма – 49%, морской болезни – 58%, кишечных расстройств – 58% случаев. Однако имели место и низкие показатели излечения: нарушения сна – 7%

случаев, бронхиальная астма – 5%, эпилепсия – 0%, психические расстройства – 0%. Британские ревматологи проанализировано 198 плацебо-контролируемых исследований пациентов с артритом и показали, что плацебо не только снижает боль, но также улучшает функцию и снижает тугоподвижность суставов. Это свидетельствует о том, что эффективность лекарственных средств в действительности значительно ниже, чем принято считать, так как при их исследовании не учитывался плацебо-эффект. Начало и течение плацебо-эффекта имеет свои особенности.

Манифестация и устойчивость плацебо-эффекта. В исследовании L. Pancheri et al. примерно у 30% больных при приеме плацебо со второй недели терапии возникает значительное улучшение, которое сохраняется в течение 2 мес. F. Quitkin et al. обнаружили при этом два сценария улучшения у депрессивных больных: быстрое и постепенное. Оказалось, что быстрое улучшение проявлялось раньше, однако с большей вероятностью оказывалось нестойким, тогда как постепенное улучшение возникало позже и чаще оказывалось устойчивым. Авторы предположили что быстрый эффект является формой плацебо-эффекта, тогда как постепенное улучшение может быть результатом спонтанной ремиссии.

Данные об устойчивости плацебо-эффекта представляют особый интерес, так как среди клиницистов преобладает убежденность в том, что эффекты плацебо нестойкие. Однако в ряде работ доказана устойчивость плацебо-эффекта в течение 6-8 недель и даже более. S. Montgomery et al. в ходе 6-месячного двойного слепого исследования показали, что быстрый положительный ответ на препарат может служить прогностическим критерием успешности плацебо-терапии. До недавнего времени особенностям проявления плацебо-эффекта при различных заболеваниях не уделяли должного внимания.

Клиническая специфичность плацебо. Характер патологии, безусловно, влияет на частоту и выраженность плацебо-эффекта. В большинстве работ выявляется клиническая специфичность плацебо-эффекта в отношении тех симптомов, против которых направлено лечение. Однако некоторые авторы высказывают мнение о том, что такая специфичность может быть косвенной. Например,

уменьшение показателей депрессии за счет улучшения сна и снижения беспокойства. По данным A. Leichter et al., у пациентов с хронической депрессией наблюдается только общестимулирующее действие плацебо, способствующее общему повышению психической активности, что подтверждалось данными электроэнцефалографии. Частота плацебо-эффекта в целом коррелировала с чувствительностью заболеваний или синдромов к медикаментозному воздействию. Но каким образом инициируется и реализуется воздействие плацебо на организм?

Механизмы развития плацебо-эффекта. Механизмы плацебо-эффекта изучены недостаточно. Исследования идут в нескольких направлениях:

1. Изучение психологических факторов плацебо-эффекта.
2. Исследование общих свойств личности у плацебо-чувствительных субъектов.
3. Изучение биологических процессов, лежащих в основе плацебо-эффекта.

Психологический аспект воздействия плацебо наиболее очевиден и, соответственно, полнее изучен.

Психологические факторы плацебо-эффекта. Среди подобных факторов выделяют: прочность взаимоотношений между врачом и пациентом, авторитетность врача, установки и характер ожиданий пациента и врача. Как полагает Н. Brody, суть плацебо-эффекта заключается в «символической значимости», которую несет в себе любая медицинская процедура или лекарство. И. П. Лапин прямо говорит о плацебо-эффекте как о психологическом эффекте лекарства. Это объясняет, почему плацебо-эффект при применении инертного плацебо закономерно меньше по сравнению с активным плацебо: обладая побочными эффектами, последнее лучше имитирует лекарственное средство. Как отмечает L. Sperry, за счет большего внимания к пациенту, согласия и сотрудничества с ним можно значительно повысить результативность плацебо. Положительные ожидания со стороны врача определяются как «курабо-эффект» (лат. curabo – исцелять).

Существуют три психологические концепции, которые практически исчерпывают современные представления о механизмах плацебо-эффекта.

Теория ожидания (S. Reiss, 1980): пусковым фактором плацебо-эффекта является состояние позитивного ожидания. Выделяют следующие факторы, влияющие на реализацию ожидания:

1. Полярность ожидания (при ожидании улучшения индуцируется положительный плацебо-эффект, при негативном настрое или предчувствии побочных эффектов – отрицательный плацебо-эффект).

2. Внушение и самовнушение.

3. Культуральные особенности.

4. Уровень образования.

5. Жизненный опыт.

6. «Коллективный опыт», которым обмениваются пациенты между собой.

7. Ослабление тревоги и активацию защитных изменений, происходящих при ожидании.

Кроме того, придается существенное значение личности врача: наличие харизмы, энтузиазм, убежденность в успешности терапии и межличностное взаимодействие «врач-пациент», способствующее повышению у последнего терапевтических ожиданий.

Теория обусловливания (R. Ader, 1997) в целом базируется на представлениях об условных рефлексах И. П. Павлова. Фармакологическое действие препарата рассматривается в качестве безусловного стимула. Внешний вид лекарства, процедура приема препарата в определенное время, в той или иной связи с приемом пищи, становятся условно-рефлекторным стимулом. Плацебо действует как условный стимул, сформировавшийся на основе предшествующего опыта (включая результаты общения с докторами в прошлом), а также на имеющейся в распоряжении пациента информации относительно его заболевания и лечения.

Теория значения (H. Brody, 1980, 1985, 1986) акцентирует внимание на значимых для пациента субъективных факторах: представлении пациента о тяжести своего заболевания и характере отношений с лечащим врачом. Согласно данной теории, позитивные сдвиги при плацебо-терапии возникают при соблюдении следующих условий:

1. Пациент получает от врача удовлетворяющее его объяснение своего заболевания.

2. Пациент ощущает заботу со стороны врача и своего окружения.

3. Пациент ощущает все возрастающее чувство контроля над симптомами.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что социальная среда, в которой применяют лекарства, напрямую обуславливает эффекты плацебо (контекст-эффект). Так, клинические наблюдения за больными показали:

1. Напряжение у персонала вызывает ноцебо-эффекты.

2. Назначение пациентам препаратов для снятия тревоги значительно снижает тревогу у медперсонала (это явление было названо «плацебо-рикошет»).

3. Скепсис врачей и персонала намного снижает эффект от лекарственной терапии.

4. Зафиксирован плацебо-эффект у контрольной группы больных, проходивших амбулаторное лечение, по сравнению с теми, кто принимал те же препараты, но был изолирован в стационаре.

5. Вера в силу лекарств самого врача и медицинских сестер считается главным фактором детерминации плацебо-эффекта.

Приведенные теории плацебо-эффекта во многом близки. Их недостатком является недооценка клинических параметров: природы заболевания, его тяжести и длительности. В то же время, известно, что плацебо воздействует не на всех.

Плацебо-чувствительная личность. Имеющиеся представления относительно плацебо-чувствительной личности противоречивы. К мифам относится тот факт, что плацебо действует только на пациентов с истероидной акцентуацией характера. Согласно статистике, плацебо влияет на всех людей, хотя и с разной силой. Подмечено, что плацебо-чувствительных больше среди экстравертов. Такие пациенты тревожны, зависимы, эмоционально лабильны, социально консервативны, отличаются высоким уровнем согласия и готовности сотрудничать с врачом. В то же время плацебо-нечувствительные чаще интроверты, они недоверчивы и подозрительны. Наибольшую реакцию на плацебо дают невротики, а также лица с заниженной самооценкой, склонные верить в чудеса. Лучшее плацебо действует на больных, страдающих легкими психосоматическими расстройствами, например бессонницей или слабо выраженной депрессией. L. Gliedman

полагал, что плацебо-эффект может возникнуть у любых пациентов при наличии следующих условий:

1. Длительность и прочность взаимоотношений между доктором и пациентом.
2. Степень уверенности пациента.
3. Авторитет врача.
4. Инвазивность терапии.

Косвенно подтверждает эту точку зрения вариабельность плацебо-эффекта у одного и того же пациента. Beecher (1953) предполагал, что существует группа пациентов с особой восприимчивостью к плацебо. А. Shapiro указывает на наследственное адаптивное свойство, дающее преимущество плацебо-чувствительным пациентам благодаря снижению уныния, подавленности и беспомощности.

Среди свойств личности, предрасполагающих к плацебо-эффекту, чаще выделяют тревожность. Некоторые авторы обращают внимание на повышенную внушаемость плацебо-чувствительных пациентов. S. Fisher и R. Greenberg (1997) выявили особое личностное свойство, которое они назвали «аквисентностью» (англ. *acquiescence* – податливость, покорность, согласие). Оно характеризуется открытостью, доверчивостью, раскрепощенностью. Эти лица хорошо реагируют не только на плацебо, но и на активные лекарства. Но только ли психические факторы определяют плацебо-эффект?

Биологические механизмы плацебо-эффекта. Плацебо-эффект может сопровождаться изменениями биологических показателей. Под воздействием плацебо в крови человека появлялся лейкоцитоз, а уровень белков и липидов снижался. Было обнаружено увеличение секреции АКТГ, увеличение желудочного кровотока, блокада анальгетического плацебо-эффекта с помощью налоксона, уменьшение отека и концентрации С-реактивного белка. В целом, эти процессы сходны с теми, которые возникают под действием активных медикаментов. H. Brody делает вывод, что суть биологии плацебо-эффекта – это активизация внутренних процессов самоисцеления с помощью «внутренней аптеки» организма. Однако столь широкое обобщение нуждается в доказательствах.

В целой серии публикаций было сделано заключение, что в плацебо-индуцированной анальгезии существенную роль играют естес-

твенные опиоиды (эндорфины). Установлено, что плацебо-индуцированная анальгезия частично снижается после назначения антагониста опиоидов (налоксона). При этом повышается активность μ -опиоидной системы организма. Активность дорсолатеральной префронтальной коры хорошо коррелирует с ожиданиями обезболивающего действия лекарства. С помощью позитрон-эмиссионной томографии было показано, что после приема плацебо мозг человека начинал вырабатывать больше натуральных опиоидов. Эти данные наносят серьезный удар по идее, что эффект плацебо чисто психологический и лишен физического основания. По мнению ряда специалистов, у пациентов, реагирующих на плацебо, имеется врожденное качество мозга – саморегуляция, вероятнее всего, кратковременная. В исследовании Техасского университета доказано существование плацебо-эффекта у больных депрессией, принимавших на протяжении 6 недель прозак или плацебо. Сравнивая сканограммы позитрон-эмиссионной томографии головного мозга пациентов, обнаружили, что в обеих группах возрастала активность в коре головного мозга («мыслящая» область), тогда как в лимбической части (эмоциональная область) она снижалась. У принимавших прозак, кроме того, наблюдались изменения в стволе мозга и в гиппокампе. Полагают, что снижение метаболической активности ствола и гиппокампа, поддерживает позитивные корковые или лимбические изменения, продлевая эффект препарата. Плацебо же активизирует функцию коры головного мозга, что стимулирует выработку гормонов коры надпочечников, которые обладают выраженными антистрессорным и противовоспалительным действиями. В другом исследовании с помощью позитрон-эмиссионной томографии установлено, что плацебо стимулирует биосинтез допамина в стриатуме. Это подтверждает тот факт, что больной способен трансформировать надежду на исцеление в осязаемые биохимические реакции. И у многих людей плацебо срабатывает не хуже лекарств, хотя степень эффективности плацебо колеблется и зависит от индивидуальных особенностей пациента. Почему так происходит, остается загадкой. Ученые подозревают, что тут имеется комбинация биологических и психологических факторов.

В механизме действия плацебо до настоящего времени больше вопросов, чем ответов. И. Кирш, много лет изучавший эффект плацебо замечает: «Совершенно точно можно сказать только одно: мы о нем ничего не знаем». Ему вторит Д. Моэрман, специалист в области изучения плацебо-эффекта с 30-летним стажем: «Единственное, что мы твердо знаем об эффекте плацебо – это то, что он вызывается не сахарными таблетками, поскольку они инертны». Однако изучение плацебо продолжается.

Генетический аспект плацебо. Исследователи Университета Калифорнии, нашли генетическое объяснение плацебо-эффекту. Доктор А. Leuchter et al. сообщили, что регулировать реакцию на плацебо могут гены. Ученые взяли образцы крови у 84 пациентов с большим депрессивным расстройством, 32 из них дали лекарства, а 52 – плацебо. Затем исследователи изучили полиморфизмы в генах, которые связаны с двумя белками, регулирующими уровень моноаминов: катехоло-метилтрансфераза и моноаминоксидаза А. Пациенты с большой активностью белков внутри полиморфизма моноаминоксидазы А слабо реагировали на плацебо. Напротив, чем меньше была активность белков внутри полиморфизма катехоло-метилтрансферазы, тем реакция на плацебо была сильнее. Иными словами, индивидуальные различия реакции на плацебо во многом вызваны различиями генотипа.

Furmark et al. также доказали существование генетической предрасположенности к реакции на плацебо. Они показали, что полиморфизм двух генов, играющих важную роль в метаболизме серотонина, определяют плацебо-эффект при социальной фобии. Оказалось, что полиморфизм триптофан-гидроксилазы-2 позволяет прогнозировать плацебо-эффект с точностью 70,8%. Впрочем, говорить о доказанности «гена плацебо» преждевременно. Связь с генами пока была обнаружена лишь в связи с одним заболеванием и одним биологическим механизмом. Кроме того, вопреки более ранним предположениям, эффект плацебо оказался переменным и не коррелирующим с остротой симптомов. Тем не менее, сама возможность участия генома в реализации воздействия плацебо на организм диктует необходимость внимательного и осторож-

ного к нему отношения.

Плацебо и этика. Сам факт существования эффективных лекарств делает применение плацебо неоправданным по этическим соображениям. Однако принято считать, что в ряде случаев плацебо может быть целесообразно и в современных условиях. Так, оно может быть применено в начальном периоде лечения, когда не закончено обследование и не определен препарат выбора или в качестве заместительной терапии наркозависимых. Опубликованная в *British Medical Journal* статья, свидетельствует о том, что около 60% израильских врачей назначают плацебо, чтобы удовлетворить «неоправданные» требования пациентов, «не отказывать в помощи», но и не навредить ненужным препаратом. Плацебо применяют также и с диагностической целью: если поможет, то болезнь мнимая. Так раскрывается диагностический потенциал плацебо.

Однако оценка этой практики не однозначна. Ведь, по сути плацебо, не что иное как ложь, в то время как псевдоплацебо – неосознанный обман доверившегося. Так, ряд врачей считает, что использование плацебо подрывает доверие между больным и врачом и готовит почву для более опасной лжи, которая может потребовать, в том числе, и юридической оценки. Многие философы, в свою очередь, считают, что мнение Платона: «ложь не приносит пользы богам, но полезна людям как лекарство» – не применимо ко всем ситуациям, в которых плацебо используется ныне. В соответствии с Хельсинской декларацией 6-го пересмотра назначение плацебо является оправданным, если его использование не вызывает необратимые повреждения или значительные страдания пациента при условии его информированности и согласия. Однако последнее, как показывают некоторые исследования, может повлиять на результат испытания.

Вместе с тем, применение плацебо для сравнения с новым лекарством с целью доказать преимущества последнего само по себе создает ряд проблем. Например, можно ли применять плацебо при испытании лекарственного средства для лечения острых и тяжелых состояний (анафилактического шока, кетоацидотической комы) или онкологических заболеваний? Этично ли назначать одной

группе онкологических больных плацебо, а другой – новый, заведомо эффективный препарат? Если после применения плацебо отмечается ухудшение состояния, больного следует исключить из исследования или перевести на активное лечение в рамках того же испытания? Существуют веские аргументы в пользу того, что участники клинических исследований во многих случаях отдают себе отчет в том, что им назначена «пустышка». Подобные заключения они делают на основании отсутствия побочных эффектов. Так, при проведении одного клинического исследования, в котором сравнивали исходы применения двух антидепрессантов и плацебо, 78% больных и 87% врачей правильно определили, кто принимал препараты, а кто – их имитацию. По другим данным, в 23 из 26 исследований определение пациентов, получавших активное и неактивное лекарственное средство, было более точным, чем при случайном угадывании. Для того, чтобы разграничить при приеме препарата истинно фармакологическое действие и эффект плацебо, предлагают использовать четыре параллельные группы вместо двух. Группа, принимающая лекарственное средство, группа, принимающая неактивный препарат, группа, вообще не получающая никакого лечения, и группа «активное плацебо». Таким образом, оказывается актуальной разработка новых нетривиальных методологических подходов к изучению плацебо и его эффектов.

Плацебо и холизм. На протяжении многовековой истории медицины применялось огромное количество лекарств. Но лишь единичные из них признаются в настоящее время доказанно эффективными. Остальные же или индифферентны или токсичны, что позволило А. Шарпго назвать историю медикаментозного лечения историей плацебо-эффектов. Это справедливо и в отношении так называемых народных средств, препаратов из арсенала традиционных этнических медицинских практик, применявшейся еще в древности. В частности, из 2000 препаратов древнекитайской медицины едва ли не единственным превышающим по эффективности плацебо, является препарат «Маһуанг». На его основе Э. Шпетом в 1925 г. был синтезирован эфедрин.

Плацебо-эффекту, вероятно, принадлежит значительная доля в результативности ле-

чебных методов, обычно ассоциирующихся с холизмом. В этом нет ничего удивительного, ведь в противном случае их следовало бы рассматривать как методы с исключительно биологическими эффектами и отнести к категории «ветеринарии Homo sapiens». Так, при иглорефлексотерапии с использованием точек, не являющихся биологически активными, положительный эффект наблюдался у 35-50% пациентов, в то время как воздействие на истинно биологические точки было эффективно в 55-85% случаев. В перекрестном рандомизированном исследовании больных с хроническим цервикальным остеоартритом применяемые лечебные методы (акупунктура, ложная акупунктура и диазепам) оказались эквивалентными. Несомненно, плацебо-эффект присутствует при назначении гомеопатических препаратов, так же как и при других видах лечения. Некоторые исследователи не обнаружили различий между гомеопатией и плацебо. В православной медицине, эффект плацебо является важнейшим инструментом в арсенале врача. Очевидно, что проблема плацебо подлинно междисциплинарная и нуждается в комплексном изучении с привлечением врачей, психологов, философов, культурологов и юристов. И холистический подход, рассматривающий организм как принципиально не сводимую к сумме своих частей систему, может оказаться продуктивным при ее решении. С долей условности, плацебо можно даже назвать «предметно-опосредованным» или «овеществленным» холизмом, понимая под вещью не только фиктивное лекарство, но также и фиктивную аппаратную или инструментальную процедуру. Рассмотренная под таким углом зрения, проблема плацебо по отношению к холизму превращается из периферийной в центральную. В заключение поставим самый главный вопрос:

Существует ли плацебо-эффект в действительности? На первый взгляд этот вопрос кажется праздным и неуместным. Но если определять науку как организованное сомнение, то является ли обсуждение явления или феномена доказательством его существования – по крайней мере, в данном виде и контексте? Действительно, дискуссии на тему реальности плацебо-эффекта продолжаются до настоящего времени. Так, специалисты по оценке качества клинических эксперимен-

тов Копенгагенского университета и Международного медицинского центра проанализировали результаты 114 опубликованных исследований, в которых участвовали 7500 пациентов, страдавших 40 различными заболеваниями. Их вывод: плацебо не оказывает существенного воздействия при вторичном назначении и, возможно, имеет незначительный субъективный положительный эффект при продолжительном лечении заболевания. Был выявлен целый ряд недостатков:

1. Круг расстройств, при которых эффект плацебо подтверждался результатами исследований, был ограничен только различными видами болевых синдромов. Лишь по одному исследованию нашлось в поддержку эффективности плацебо при кашле, простуде, морской болезни и тревожности.

2. Отсутствие в большинстве исследований группы контроля с не получавшими лечения. Напротив, в одном исследовании разницы между группой не получавших лечение и группой плацебо выявлено не было.

3. Некорректная трактовка статистических данных.

Имеются исследования, в которых результаты лечения сравнивали не только с действием плацебо, но и с результатами, полученными при отсутствии лечения вообще; они показали, что различия в последних двух группах отсутствуют. Специалисты по медицинской статистике онкологического центра в Хьюстоне поддержали исследователей из Копенгагена, поскольку давно подмечено, что больной, который сегодня чувствует себя ужасно, на другой день почти всегда почувствует себя лучше, независимо от того, что предпринимают вра-

чи. Согласны с результатами датского исследования и ученые Центра биомедицинской этики при университете штата Вирджиния, считающие эффекты плацебо медицинской легендой. Т. Капчук, профессор Гарвардского университета, участвовавший во множестве плацебо-контролируемых клинических исследований, утверждает: «Хотя инертные таблетки и показали незначительную эффективность при снятии боли, я не вижу никаких оправданий для использования их вне клинических испытаний». Он настаивает на сравнении плацебо-эффекта не только с действием настоящих лекарств, но и с отсутствием лечения вообще. Однако в современных условиях изучить естественное течение болезни без вмешательств невозможно, поскольку на проведение подобных исследований не согласится ни один этический комитет.

Подведем итог. Исследование плацебо-эффекта методологически сложно, плохо финансируется, его результаты уязвимы для критики, поэтому специалисты считают эту тему неблагодарной. Однако феномен плацебо имеет непосредственное отношение к нашим представлениям о природе человека и его болезней, об обществе и мире, в котором мы живем. Не исключено, что именно он станет той «нитью Ариадны», которая выведет познание на новые рубежи, хотя, вероятно, для этого потребуются усилия гения, подобного Ньютону, Эйнштейну или Ландау. Но надеяться, что тайна плацебо будет раскрыта в ближайшем будущем, пока не приходится.

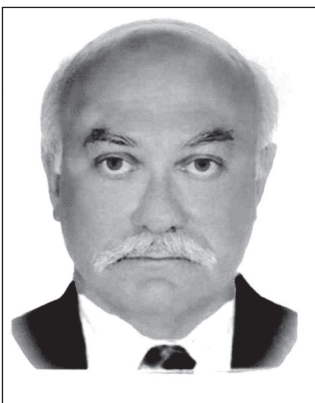
Aleksander L. Chuzhov, M.D., Ph.D. PLACEBO AND HOLISM.

Summary

This review provides a comprehensive summary of historical concepts as well as modern research and clinical data related to the role of the placebo, pseudo placebo and nocebo in clinical practice and research. The concept of placebo was developed during the second half of the previous century while the basic understanding of the sanogenesis and technical limitations of that time moved these ideas aside. Based on analysis of literature data and of their own clinical observations, the author discuss the involvement of placebo effect in the regulation of systemic functions. Additionally, the author discuss perspectives of potential improvement of treatment by taking into account those mechanisms of pathogenesis (nocebo effect) and sanogenesis (placebo effect), which relate to holism.

Key words: placebo, pseudo placebo, nocebo, placebo effect, holism.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД КОНТРАДИКТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ.



Аннотация

Изложена история создания авторского запатентованного метода психотерапии, годного для лечения любых зависимостей, а также депрессивных и навязчивых состояний. Его суть раскрыта на примере лечения информационных зависимостей. Метод формировался, исходя из понимания особенностей принятия решения человеком в ситуации прогнозирования и выбора, субъект-объектных отношений, психологии игры и игрока, сути и задач психотерапии в целом и при игровой зависимости в частности. Узловыми моментами метода являются введение в жизнь азартного игрока на ранних этапах лечения системы замены игры на другие ценности, приносящие не меньшее удовольствие, чем прежняя игра, и в конечном счёте полное пере структурирование личности зависимого.

Ключевые слова: психотерапия, социально-психологическая зависимость, игра, информация, прогноз, принятие решения, игрок, Подмена, Замена, переструктурирование Личности.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ МЕТОДА

С конца 80-х гг. XX в. и до сих пор в России в связи с резкими социально-экономическими сдвигами и усилением социально-психологической напряжённости в обществе наблюдается значительный рост числа людей с различными психологическими зависимостями. Причём постепенно меняется структура зависимостей: сначала наркотики по популярности и распространённости стали вытеснять алкоголь, а затем, по мере компьютеризации и совершенствования игровых автоматов, информационные зависимости всё заметнее стали доминировать над химическими.

Приступив в начале 90-х гг. к углублённому лечению лиц с информационными зависимостями (я занимал тогда должность профессора-консультанта в ряде медицинских центров Санкт-Петербурга), я с удивлением обнаружил, что чётких методов лечения, например, игровой зависимости, не существует. Были различные подходы, было много рассуждений по поводу, но пригодного для работы, реального метода я не нашёл. Что-то похожее на первое приближение к этому я усмотрел в работах В.В. Зайцева (4). Но чёткости, строгости я и там не увидел: было много ссылок на иностранных авторов и компиляций из их работ, но не было определенного метода. Встал вопрос о необходимости создания собственного метода.

К тому времени я не был новичком в этом вопросе. Ещё с 1977 г. по 1984 г. в рамках кандидатской диссертации, над которой я работал, будучи заочным аспирантом научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, мною исследовалась психология игры и игрока. В психологических экспериментах по моим методикам создавалась ситуация «игры в угадывание» без введения функции платы (условный выигрыш никак не поощрялся, условный проигрыш ничем не наказывался). Эксперименты проводились на психически здоровых людях и на больных шизофренией. Затем результаты сравнивались. Отмечу, что все испытуемые были без зависимости, а игра была экспериментальной (т.е. без игрового азарта) и не на деньги. Это важно, т. к. введение платы значительно меняет психологию игры и игрока, сам процесс игры и её результаты, резко повышая мотивацию.

ПСИХОЛОГИЯ ИГРЫ И ИГРОКА

В ходе изучения механизма принятия решений на психологическом уровне и влияния субъективного прогнозирования на процесс принятия решения в ситуации выбора мною был выявлен ряд закономерностей, важных для понимания психологии игры (любой) и игрока, составлена схема принятия решения человеком на психологическом уровне (1, 3).

1. В процессе принятия решения в ситуации прогнозирования (по моим диссертационным данным) психически здоровый человек (без шизофрении) исходит из того, что существует некая связь между соседними во времени и в пространстве событиями, что появление следующего события как-то (причинно, частотно-вероятностно) зависит от предыдущего, смежного во времени и пространстве события. Таким образом, психологически он ориентирован на марковскую последовательность первого (в основном), второго и т. д. порядков, чередование, такой ход событий, при котором существует какая-то вероятность появления одного события вслед за другим, смежным, соседним событием. Это психологическая основа многих суеверий. Тогда как в бернуллиевских средах (последовательностях цепочки событий) изначально существует только заданная частота (вероятность) по-

явления каждого события. Каждое событие появляется со своей частотой, не связанной с частотой появления другого (других) событий (например, выигрышной или проигрышной для конкретного человека комбинации). Многие жизненные, природные события имеют именно бернуллиевское распределение частот (например, появление чёрной кошки и твоё движение в перпендикулярном к ней направлении).

2. Именно поэтому при выдвижении прогноза на каждом следующем шаге прогнозирующий **человек старается опираться** не на частоту а **на последовательность событий в его субъективном их восприятии**, точнее даже – на субъективные представления, модель, образ прошлой (следовательно, с точки зрения прогнозирующего человека, и будущей) последовательности. (О вероятностях вообще не приходится говорить; хотя в 70-х гг. XX в. теория вероятностного прогнозирования утверждала, что человек в прогнозе опирается на вероятности событий в его прошлом опыте). Такая тактика оказывалась эффективной только в жёстких, циклических средах и была неэффективной в случайных средах, которые отвечают случайным образом на действия игрока. Именно поэтому, например, в случайных бернуллиевских экспериментальных средах больные шизофренией в среднем получали больший выигрыш, чем здоровые.

3. Для получения выигрыша (при правильном угадывании) на каждом шаге игрок ищет жёсткую, в пределе – циклически повторяющуюся последовательность событий, например, выпадений комбинаций чисел или изображений. Но в случайных средах такой последовательности не существует, и игрок проигрывает. Так же ведёт себя и азартный игрок с зависимостью, ища в игре некие вымышленные, несуществующие схемы, системы игры, которые обеспечивали бы ему постоянный выигрыш. (Среди игроков существует миф о беспроигрышной игровой системе Ф. М. Достоевского, которую он, якобы, передал своему сыну Фёдору). Но это иллюзия азартного игрока.

4. Постоянно выигрывать невозможно, но игрок не хочет с этим считаться, он хочет всегда (на каждом шаге) только выигрывать, он забывает, не хочет даже и думать, что мо-

жет проиграть.

5. Человек стремится дать прогноз с вероятностью 1 (100%), т. е. на каждом шаге, в каждом ходе прогнозировать безошибочно, по существу заменить прогноз (предвидение, антиципацию) памятью, или – по-другому – он хочет не угадывать, а твёрдо знать. Азартный игрок надеется поиграть, сколько захочет, получить выигрыш и уйти, когда наиграется. Для реализации такого желания надо не прогнозировать наступление будущих событий, а с вероятностью 1 твёрдо знать, что конкретно сейчас произойдёт (выпадет на игровом столе, появится на экране автомата, компьютера и т.д.). Но это невозможно, так не бывает на практике.

6. Оптимальной тактикой поведения в случайных средах, к ним относятся и последовательности выпадений выигрышей и проигрышей в азартных играх (автоматы, рулетка), является случайное прогнозирование с распределением частот прогнозов разных событий равным соотношению вероятностей их появления (выпадения). Но психически здоровый человек (не больной шизофренией) так никогда не прогнозирует. Логичным он считает только цикличность повторяющихся событий.

7. В моей диссертации делался вывод о том, что **поведение психически здоровых людей в случайных средах не оптимально, мышление, вся психология здоровых не запрограммированы на случайный ход событий**. Здоровый человек не ждёт, что события будут следовать случайно, в случайном порядке.

8. По этой причине азартный игрок и строит бесконечные иллюзии, из которых состоит вся его дальнейшая жизнь. Так человек с зависимостью уходит из реального в иллюзорный мир придуманной мошенниками игры, расплачиваясь своим здоровьем, благополучием близких и даже своей жизнью. Это не безобидные настольные, домашние игры, а **игра ценою в жизнь** (именно так будет называться одна из моих следующих книг).

ИЛЛЮЗИИ ИГРОКА

1. Иллюзия выигрыша.
2. Иллюзия крупного (большого для данного человека) выигрыша.

3. Иллюзия возможности зарабатывать игрой.

4. Иллюзия возможности уйти с крупным выигрышем.

5. Иллюзорные желание и возможность отыграться одним ударом, махом; быстро сразу и полностью погасить, вернуть весь долг – внешний или внутренний, самому себе (хотя, даже крупно выиграв и уйдя с выигрышем, азартные игроки, тем более с зависимостью, никогда весь долг сразу не отдадут).

6. Иллюзорное восприятие характера игры (элементы индивидуализации, персонафикации, олицетворения, одушевления, отождествления, присвоения, полного овладения; иллюзия игры с партнёром, чаще – враждебным).

7. Иллюзорная псевдовозможность управления игровой ситуацией и процессом игры (иллюзия возможности влияния на крупье, автомат, на порядок выпадения комбинаций изображений, цифр).

8. Иллюзорные тактики игры (подавления выигрыша при незнании последовательности событий и длины рандомизированного ряда; типичная ошибка игрока и др.).

9. Иллюзия сужения реальности до размеров управляемой игроком ситуации и обратная иллюзия расширения (по типу переноса) якобы управляемой игроком ситуации на действительность с поглощением её (пульсации от жизни к игре и обратно – от игры к жизни).

10. Иллюзия контроля своего игрового поведения, своей активности и психоэмоционального состояния.

11. Игровое фантазирование как иллюзия суррогатного возмещения игры в период воздержания от неё (абстиненции). Это сродни психическому онанизму: игра подменяет для игрока реальную жизнь, а игровое фантазирование замещает игру.

12. Иллюзии темпа, скорости, ритма.

13. Иллюзия выбора.

14. Иллюзия безошибочного прогноза.

15. Иллюзия большой возможности, высокой вероятности выигрыша, вплоть до полного игнорирования, «забывания» возможности проиграть.

16. Иллюзия возможности быстро крупно выиграть (иллюзия времени).

17. Иллюзия лёгкого выигрыша, без боль-

ших усилий (иллюзия лёгкости достижения цели).

18. Иллюзия решения проблем, выхода, спасения из стрессовых ситуаций за счёт игры.

19. Иллюзия переоценки, гипертрофирования значения и субъективной значимости, ценности своего негативного игрового прошлого (значимости проигрышей для коррекции дальнейшего поведения) по формуле: «Я всё знаю», «Я сам», «Я справлюсь дальше сам».

20. Иллюзия возможности предвидения и контроля последствий игры.

21. Иллюзорное отрицание игрового характера игры.

22. Наличие Иллюзии Игры (игра – как непрерывная цепочка иллюзий, как одна Большая Иллюзия Жизни, как абсурдная антижизнь).

ПСИХОТЕРАПИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

В книге «Свобода от зависимости. Социальные болезни Личности» (3) я применил субъектно-объектный подход для описания процесса формирования любой зависимости. Фактически человек может попасть в зависимость от чего угодно. Для этого изначально нужно выполнение двух условий: первое – чтобы субъект желал (хотел, вожелдел) объект, и второе – чтобы объект доставлял удовольствие субъекту. В этой книге впервые в литературе по данному вопросу представлена классификация всех зависимостей. Их я насчитал около 80. Я разделил их на 6 групп: 1) зависимости химические, 2) от деятельности, 3) от предмета манипулирования, 4) информационные (от информации), 5) от себя, 6) от других людей. Кроме того, я выделил положительные и отрицательные, негативные зависимости. По моей классификации информационные зависимости делятся на игровые и экранные. К экранным зависимостям относятся: телевизионная и компьютерная болезни, зависимость от компьютера, Интернета, от компьютерных игр, от сотовых телефонов, SMS-зависимость и др. Общим для них является то, что наркотиком здесь является информация. Это наркотик в десятки раз более сильный, чем химические наркотики.

В теории игр под игрой понимается любое столкновение интересов, следовательно под понятие игры подходят все информационные зависимости (а не только игровая, при которой возникает зависимость от азартных игр на деньги). Поэтому при лечении и реабилитации лиц с этими зависимостями может применяться один и тот же психотерапевтический метод.

Психотерапия – это система направленных, личностных эмоционально-когнитивных и энергоинформационных воздействий на психику пациента с целью его **лечения, предупреждения** у него **болезненных срывов, его общего оздоровления** и дальнейшего **гармоничного развития**. Иначе говоря, психотерапия – это влияние личности психотерапевта на пациента.

Как следует из самого названия, психотерапия – это лечение психики, психических расстройств, отклонений у больного пациента с помощью воздействия психики психотерапевта и прежде всего – его слова. Таким образом, для того, чтобы состоялся процесс психотерапии, нужно наличие психически больного человека и психотерапевта. В противном случае это вариант межличностного общения («разговоры», трёп, болтовня, беседа).

Психотерапию следует понимать именно как метод и, прежде всего, как **метод лечения**. В настоящее время насчитывается свыше 1000 разновидностей (методов) самой психотерапии.

1. Лечебный эффект психотерапии достигается за счёт информирования пациента об его заболевании, причинах, симптомах, дальнейшем его течении, клиническом прогнозе, возможных негативных последствиях и т. д. Например, у аддиктивного, т. е. склонного к глубокому психологическому погружению в некий внешний объект и к формированию различных зависимостей, человека необходимо диагностировать наличие (или отсутствие) зависимости и доказать это пациенту. Кроме того, лечебный эффект психотерапии проявляется в достижении у пациента внутреннего гармоничного, равновесно-ясного состояния («инсайта», прояснения).

2. Предупреждение болезненных срывов

(например, повторной алкоголизации, наркотизации, возобновления игровой практики и т.д.) с помощью психотерапии достигается повторными (контрольными) сеансами, которые, мощно мотивируя пациента в направлении здорового образа жизни, по существу, выступают стимулирующей (контрадиктивной) заменой принятию им болезненных решений. Вместо срыва – психотерапевтический сеанс.

3. Общее оздоровление

под воздействием психотерапии достигается путём создания пациентом с помощью психотерапевта оптимальных условий психического функционирования.

Главными задачами психотерапии являются:

- выявление и устранение «слабых» мест в личности, психике и организме;
- выявление и помощь в максимальном использовании и развитии потенциальных возможностей личности, психики и организма;
- конечная цель – помощь пациенту в его самореализации; практически это поиски соответствия реализации личности её индивидуальному жизненному предназначению, т. е. данным изначально, от природы, генетическим и конституциональным возможностям.

Для повышения «точности» жизни, т. е. соответствия своему предназначению, пациенту с помощью психотерапевта необходимо:

- изменение своего поведения;
- пересмотр иерархии ценностей, установок, целей и отношения к себе, окружающим и миру, всей жизни (с устранением негативных, неадекватных);
- создание целой системы средств достижения новых целей для получения максимального удовлетворения от жизни.

Основными направлениями психотерапии при игровой зависимости являются:

- 1) Подавление желания играть на осознанном и подсознательном уровнях.
- 2) Контроль поведения вне игры и, в частности, недопущение гедонистических внутренних состояний психофизического напряжения.
- 3) Изменение субъективного отношения

к игре с пристрастно-крайне желанного, положительного сначала на негативное, а потом и нейтрально-безразличное.

4) Коррекция всех **ошибок логического мышления** игрока, а именно:

а) **ошибок желания**. Они возникают из-за выраженного желания играть, субъективно-пристрастного отношения к игре и крайней значимости результата (выигрыша). За азарт и бурные эмоции по поводу выигрышей и проигрышей игрок расплачивается полным фиаско и зависимостью. Из-за зависимости происходит аберрация восприятия игры с возникновением неоправданных надежд (**иллюзий игрока**), которые нуждаются в жёстком и полном развенчании;

б) **ошибок познания**, познавательной деятельности – **когнитивных ошибок** (типичная ошибка игрока, тактики подавления крупного выигрыша; иллюзии выбора и безошибочного прогноза);

в) **ошибок веры** – иррациональных убеждений (например, безусловной веры в свои способности, успех, фарт, везение, удачу, счастливый случай).

5) Формирование твёрдого, чёткого понимания пациентом невозможности конечного выигрыша при наличии зависимости.

6) Подавление болезненного, навязчиво-компульсивного (неудержимого) характера игры с изменением поведения.

7) Осознание неэффективности всей игровой деятельности по всем критериям выбора, принятия решения и по результату.

8) Совершенствование механизмов принятия решения в плане **переработки информации состояния в информацию управления** (5).

9) Выявление абсурдности, нелепости, бессмысленности азартной игры на деньги как целостной практической деятельности с переключением на другие виды деятельности, приносящие ранее зависимому человеку не меньшие удовольствия, чем прежний игровой наркотик.

Это достигается путём:

1. информирования, просвещения игрока;
2. мощным эмоционально-энергетическим воздействием психотерапевта;
3. психологического проигрывания ситуаций из его игровой практики с изменением

ем отношения к ним на активно-негативное, а затем и безразлично-нейтральное (как и ко всей игре);

4. изменением поведения игрока (контроль);

5. экранированием, дистанцированием и исключением действия всех провоцирующих игру внешних и внутренних факторов;

6. изменением когниции (познавательного мышления, направленности познания, познавательной активности);

7. изменения мотивации игрока (необходимо лишить игру прежней мотивации – т.е. её побудительно-энергетической подпитки) с формированием новых потребностей, ценностей, установок и целей;

8. медикаментозной терапии (по необходимости и с согласия пациента);

9. семейной и производственной психотерапии (если нужно) и реабилитации;

10. подключения других, непсихотерапевтических методов (аурикулярного микрочипового программирования, интракраниальной транслокации; другой игровой деятельности, например, любых видов творчества, в частности, арттерапии, театральной игры; вовлечение в коллективные спортивные игры).

ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

I Этап – ненаркотическая **Замена** прежнего, понимаемого в широком смысле, «наркотика» на другие удовольствия (разумеется, ненаркотические).

II Этап – переход на другие ценности, установки, цели, желания, иные внутренние психофизиологические состояния, резко отличающиеся по сути, по своему мотивационно-информационному и творческому содержанию от состояний наркотической эйфории, игрового угара, болезненного азарта и т.д.

III Этап – изменение образа жизни в целом, прежде всего – ближайшего окружения, и достижение полной самодостаточности (максимальное усиление внутренней активности со стороны пациента взамен прежней внешней стимуляции «наркотиком»).

IV Этап – полное освобождение от болезненной зависимости.

Мною были разработаны **принципы За-**

мены.

1. Замена должна быть **ненаркотической**.

2. Любую зависимость нельзя заменить чем-то одним – нужна **система Замены**, т.е. много видов других источников удовольствий, другой деятельности.

3. Эта совокупность других видов деятельности, активности должна приносить конкретному человеку **не меньшее суммарное удовольствие, чем прежний наркотик**.

4. Для того чтобы индивид не попал в зависимость от этой другой деятельности, ему необходимо учиться быстро переходить от одной деятельности к другой, т. е. **быстро переключаться**, не фиксироваться на одном занятии.

5. В конечном счёте ранее зависимому человеку необходимо создать множество **новых жизненных программ**, могущих быть реализованными в доступные сроки.

6. **Замена на другие мотивационные программы должна быть строго индивидуализированной**, так как у каждого человека свои источники удовольствия. («В каждой избушке – свои погремушки»). Поэтому подсказки со стороны не действуют: зависимый человек должен сам найти себе **Замену** (но с помощью ориентированного и индивидуализированного влияния психотерапевта).

Подчеркнём, что психотерапия – это **взаимодействие (пациента и психотерапевта) и процесс**, поэтому от пациента требуется определённая **работа над собой и время для осознания**, внутреннего глубокого принятия и реализации в действии, в жизненной практике всего усвоенного в процессе психотерапевтического взаимодействия.

МЕТОД

На основании изложенного понимания процесса принятия решения на психологическом уровне, зависимости как одной из **социальных болезней личности**, механизмов формирования зависимостей, психологии игры и игрока, сути и задач психотерапии при информационных зависимостях мною и был разработан данный метод.

Сначала были выделены и определены

стадии и степени игровой зависимости, затем фазы игрового цикла, узловые моменты работы с зависимыми, разработана карта игрока (она включает более 50 вопросов), составлен **гlossарий (словарь терминов) при игровой зависимости**, который непрерывно пополняется (1).

Практически важной составляющей метода является, прежде всего, разработанная мною **программа тематических сеансов психотерапевтических бесед**, которая заканчивается совместным заполнением карты игрока, ответом на возможные вопросы пациента и заключительным словом психотерапевта.

ПРОГРАММА СЕАНСОВ

1. Свободный рассказ пациента об игре. Диагностика его состояния, личности игрока, наличия зависимости, стадии и степени игровой зависимости. Это диагностический сеанс.

2. Причины, мотивы, цели и критерии игры.

3. Внешние и внутренние факторы, провоцирующие желание играть.

4. Психологические процессы, происходящие при формировании любой зависимости (желание, гедонизм, аддикция, фиксация болезненной связи, взаимодействие субъекта и объекта, доминирование желания играть над другими желаниями, повышение субъективной важности игры, формирование субъективно-пристрастного отношения к игре, психологическая зависимость).

5. Иллюзии игрока.

6. Коррекция субъективного образа самого себя как игрока, отношения к игре; формирование нового субъективно-психологического образа себя как свободной (от игры и зависимости) личности.

7. Особенности переработки информации при игровой зависимости. Экранная форма подачи информации.

8. Индивидуальные особенности протекания фаз игрового цикла.

9. Замена (принципы Замены, конкретно-индивидуализированные пути Замены).

10. Контроль игрового импульса.

11-13. Совместное заполнение карты игрока.

14-17. Семейная (если нужно) (2-3 сеанса)

и профессиональная (если нужно) (1 сеанс) психотерапия и реабилитация.

18. Заключительная беседа.

Длительность прохождения программы и этапов психотерапии при игровой (информационных) зависимости индивидуальна. Обычно нужно 15-16 сеансов по 1,5 часа на сеанс с частотой 1 сеанс в неделю, кроме первого, диагностического (однажды он занял 5 часов). В дальнейшем игрок приходит на контрольные явки, которые постепенно назначаются все реже, до одного сеанса в полгода-год. Несколько игроков до сих пор приезжают ко мне на сеансы раз в год из разных городов.

В заключение отмечу, что весь путь психотерапии, который зависимый человек проделывает под руководством и вместе с психотерапевтом, - это движение от **Подмены** (игроком реальной жизни игрой) к **Замене** (игры на реальные, жизненные программы, ценности, цели) и - в дальнейшем, спустя годы - **к переструктурированию всей личности прежде азартного игрока**. Цель состоит не в том, чтобы игрок не играл (алкоголик не пил и т. д.), а в том, чтобы человек стал свободным хозяином своих желаний и изменился к лучшему, стал духовно выше и чище.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акопов А. Ю.* Психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции. Лечение игровой зависимости. СПб.: Академия информатиологии (МАИ), 2004. -; Прага: STRATOS, 2009.

2. *Несмеянов А. А., Акопов А. Ю.* Способ лечения и реабилитации лиц с игровой зависимостью. RU БИПМ, Бюл. №17, 20.06.2006. Патент на изобретение RU 2277899 С2. Приоритет изобретения с 01.06.2004.

3. *Акопов А. Ю.* Свобода от зависимости. Социальные болезни Личности. СПб.: Речь, 2008.

4. *Зайцев В. В.* Патологическая склонность к азартным играм - новая проблема российской психотерапии. - Социальная и клиническая психиатрия, 2000, №3, Т.10, с. 52-58.

5. *Ивченко Б. П.* и др. Синтез логически надёжных систем. СПб.: Нордмед Плюс, 2002.

Anatoly Y. Akopov. Psychotherapeutic method of contraddictive stimulation for treatment and rehabilitation of persons with socially-psychological dependences.

Summary

The history of author's patented psychotherapeutic method creation, suitable for treatment of any dependences as well as depressive and persuasive statuses, is explicated. Its main point is disclosed in terms of informational dependences treatment. The method was formed in the basis of understanding of features of decision making by the person in a forecasting and choice situation, the subject-objective relations, psychology of game and gambler, an essence and problems of psychotherapy in whole and excessive gambling in particular. Method focal point is introduction at early stages of treatment in the life of gambler of game replacement system with other values, which bring enjoyment not smaller than the game and, finally, complete individuality restructuring of dependent person.

Key words: psychotherapy, socially-psychological dependence, game, information, forecast, decision making, gambler, individuality restructuring, individuality substitution, individuality replacement.

ДЕСЯТЬ МИФОВ О ПСИХОАНАЛИЗЕ



Аннотация

Существует несколько мифов о психоанализе, которые мы, тем не менее, не должны развенчивать, но должны понять их корни и проанализировать их влияние на идеологию психоанализа. Поэтому мы должны принять мифы, расхожие мысли и слухи о психоанализе так, как они бытуют, и понять, что они могли бы нам сказать о положении дел в современном российском психоанализе.

Ключевые слова: Мифы о психоанализе, Фрейд, Лакан.

На все обвинения мы отвечаем – да!

- В.И. Ленин

Бессознательное, действительно, всё меньше обременено памятью, поскольку фото, видео и электронные средства коммуникации не только запоминают нашу жизнь за нас, но и делают её достоянием общества. Бессознательное всё более утрачивает субъективное измерение, превращаясь в масс-медийный эффект. «Бессознательное современного человека находится не в голове, а в телевизоре», – говорит один режиссёр.

Эта ситуация имеет ряд последствий. Во-первых, память, без того представляющая собой по отношению к субъекту некую внешнюю ёмкость, сегодня и вовсе приобрела полную автономию; впору задавать вопрос не

о механизме памяти у человека, а о функции человека в циркулировании информационных потоков. Во-вторых, память становится вмещателем стереотипов, общих представлений, общих суждений, общих мест, анализ которых не может не занимать психоаналитика.

Об этих общих местах, предубеждениях, мифах и пойдёт речь в настоящей заметке. Цель моя состоит не столько в том, чтобы мифы эти развенчать, по принципу «психоанализ – это вовсе не то, что вы думаете» (если верить Леви-Строссу, миф вообще не опирается на доказательства, поэтому не может быть опровергнут, он выполняет функции поддержания структуры и классификации мира), сколько в том, чтобы проанализировать предрассудки, предпосылки, представления, все те «пред-», которые опосредуют наше отношение к реальному и составляют бессознательное. Словом, в фокусе моего вни-

мания оказывается миф как совокупность бессознательных представлений, не имеющих автора высказываний, престопадных, идеальных, небрежный плод здравого смысла, разглагольствующего нынче о психоанализе. А посему, первым и отпавным пунктом нашего исследования будет заключение: **всё, что говорят о психоанализе – это правда**. Важно понять, как именно о нём говорят.

Итак, чтобы понять значение слова, – будем доверять Владимиру Далю – следует обратиться к способам его употребления, к тому месту, которое оно занимает в речи и к той функции воздействия на реальное, которую на него возлагают носители языка. Поэтому исследование языка представляет собой не только внимательное вслушивание в его работу, но и собственную практику внутри оно-го, языковую активность, ведь анализ языка – это всегда анализ собственного места в нём. Не удивительно, что около четверти материала для «Словаря живого великорусского языка» В. И. Даля явилось личным творчеством самого автора, а не результатом его диалектологических полевых исследований.

Миф № 1: «Сильная личность сама справляется со своими проблемами».

Считается, что к психоаналитику обращается тот, кто не может себе помочь сам. Следовательно, обращение к кому-то другому уже само по себе является признаком слабости и отсутствия самодостаточности.

Это утверждение из серии: «мальчики никогда не плачут», а «девочки не звонят первыми». Страдают, но всё равно не звонят. Поэтому «сильная личность» так часто страдает из-за своей силы, которая сковывает её желания, и из-за того, что не позволяет себе признать свои слабости. Этот-то конфликт между желанием и его признанием и составляет основу любого невроза. В данном случае, невроза «сильной личности».

Вместе с тем, стоит обратить внимание на неоднозначность диалектики силы и слабости и на то, что стереотип «сильной личности» – это образ, выполняющий защитную и ограничительную функцию, и работающий успешно до тех пор, пока ограничения эти не начинают приносить страдания. Образ – это

и есть наша защита от реального. Но любая крепость, как мы знаем из истории, рано или поздно становится темницей: тот симптом, который изначально был призван защищать, становится преградой для дальнейшего развития. Поэтому «сильная личность» действительно редко обращается за помощью к другому. Но не потому, что может противостоять всем стихиям в одиночку, а в силу своей ограниченности и страха потерять с таким трудом завоёванные защитные укрепления. Такие люди предпочитают оставаться девицей в темнице, узниками своего симптома «сильной личности», который является наиболее удобным в этом случае способом принять свои страдания. А также принять и связанное с ними наслаждение.

Человек изначально не является самодостаточным или, как выражался Гегель, обладающим в-себе-и-для-себя-бытием, поэтому он нуждается в другом для представительства своих желаний, поэтому он и находится в постоянном становлении и развитии; тогда как целостный человек (если мы представим себе, что человек может быть таковым) не должен был бы испытывать ни потребностей, ни желаний, поскольку обладал бы всеми источниками удовольствий в самом себе, и обращение с каким-либо запросом к другому являлось бы для него излишним. Эта идея об автономии и собственном всемогуществе, если верить психологам развития, впервые посещает человека в возрасте 8 месяцев от роду. Некоторым счастливым удаётся пронести её через всю жизнь. Только они могут полагать, что не нуждаются в другом, и никакие внутренние и внешние события не смогут повлиять на их кредо: «жизнь прожить, как стакан пронести, не расплескав ни капли».

Только не-само-достаточный человек может иметь желания, испытывать интерес, проявлять любопытство и овладевать творчеством, переживать сопричастность к другому и получить от него дар, который мы называем любовью. Ведь любить, желать, получать удовольствие и быть счастливым – буквально, (с)частью чего-то или кого-то, – может только тот человек, которому чего-то не хватает. Если исходить из того, что человек изначально задан своим отношением к другому, то неполадка, несовпадение с самим собой, наличие вопроса, который мы не можем

задать самостоятельно – окажется наиболее человеческим качеством. **Наличие проблемы, конфликта, утраты – это и есть то, что отличает живого человека от машины.** Ведь человек, если верить механицистам XVI века, конечно, подобен машине, но такой своеобразной машине, принцип работы которой состоит в постоянной поломке.

Миф № 2: «Психоанализ устарел».

Зигмунд Фрейд придумал психоанализ более ста лет назад, и за прошедший век мир сильно переменялся. Поэтому сегодня рассказывать свои сновидения, лёжа на кушетке психоаналитика – всё равно, что вызывать на дуэль каждого, кто осмелился сидеть в присутствии дамы. Красиво, изыскано, стильно, но слишком далеко от реальности. В силу самой истории психоанализ перестал работать и превратился в интеллектуализированный музейный экспонат – этакую швейную машинку Зенгера с ножным приводом. В современном быстро развивающемся мире на его место пришли более эффективные психологические методики.

На самом деле, не пришли. **На сегодняшний день не существует более эффективного способа самопознания, чем психоанализ.** Как в теории, так и на практике психоанализ является наиболее адекватной и наименее противоречивой системой описания психической жизни человека, дающей метод для её анализа и понимания.

Во-первых, большинство из так называемых новых психологических техник (от когнитивной до гештальт-терапии) основаны на достижениях психологии XIX века, то есть на дофрейдовских теориях личности. Например, техника разыгрывания сцен из семейной жизни при помощи актёров-заместителей мало чем отличается от катарктического метода Жана Мартена Шарко (1825-1893), у которого Фрейд учился, будучи парижским студентом, но впоследствии отказался от его клинической техники в силу терапевтической сомнительности и непродолжительности эффекта. Сегодня этот метод, также как и полтора века назад, даёт яркий инсайт и быстрый, но непостоянный результат. Хотя театральность, конечно, не может не подкупать участников

таких постановок.

Во-вторых, сложно найти такое психологическое направление, которое не заимствовало бы понятия, выводы или формат работы у психоанализа; а многие из них просто в новом фантике представляют light версию, то есть упрощённую модель классического психоанализа, нацеленную просто на устранение симптома, но не на его проработку. Так называемая фокусная терапия предлагает избавление от актуальной проблемы, но не находит причин, которые её вызвали, а это неизбежно приводит к возвращению симптома в видоизменённой форме.

Наконец, психоанализ Фрейда за сто лет устарел не больше, чем все остальные научные идеи того времени: теория относительности в физике, структурализм в языкознании и аспирин в медицине. К тому же, в лечении фобий, истерий и депрессий теория Фрейда и по сей день остаётся последним словом науки. Более того, если бы научные и художественные идеи устаревали столь же быстро, как в наших домах появляется WiFi, то в архив давно следовало бы отправить Бунина и Цвейга, Пикассо и Матисса, Малера и Гершвина. Однако этого не произошло, а если великие творения прошлого затрагивают деликатные струны души современного менеджера, не стоит сильно переоценивать технический прогресс и довольствоваться дешёвыми и быстро ломающимися подделками.

Миф № 3: «Психоанализ – это забава для богатых».

Считается, что работа с психоаналитиком не по карману простому человеку. Сеансы психоаналитиков посещают эксцентричные вдовы магнатов, дети больших государственных деятелей, артисты балета и любители абсента, которые могут позволить себе такую роскошь как собственного психоаналитика. В то время как реально страдающие люди вынуждены просиживать очереди в поликлиниках и глотать антидепрессанты.

...Которые, впрочем, стоят ничуть не меньше. Если бы лечение «таблетками-от-нервов» было более эффективным во всех случаях, то применяли бы только их, и не было бы необходимости во всех остальных методах лече-

ния душевных недугов. Загвоздка в том, что таблетки зачастую только глушат проблему, но не решают её.

Что до психоанализа, то он, действительно, стоит дорого. Это принципиально важная позиция, связанная с тем, что духовные вложения, на которые готов пойти анализант, должны быть представлены символическим гонораром, который он платит своему аналитику. Именно поэтому анализ не проводится по системе взаимного оказания услуг и не может быть частью страховой медицины. **Анализант должен платить из своего кармана ту сумму, которая является для него значимой.**

Однако понятие «значимая сумма» для каждого человека будет разным в зависимости от его уровня жизни и социального положения. Поэтому, естественно, что студент и топ-менеджер будут платить своему психоаналитику разную «значимую сумму». По этой причине ни один психоаналитик не имеет прейскуранта и не продаёт свои услуги так, как это делает, например, тренер.

Более того, известны прецеденты, когда в анализ приходили люди, потерявшие разом источник доходов и крышу над головой, и не только остро нуждающиеся в материальной поддержке, но и испытывающие необходимость разобраться во внутриспсихических причинах того положения, в которое они попали. В этом случае «значимой суммой» для анализанта становились те гроши, которые он сумел сохранить в своём кармане, и которые позволили ему получить квалифицированную помощь.

Лучше всего об этом высказался один парижский клошар: «Посмотри на меня, – сказал он, – я нормальный человек, я ем каждый день и у меня есть свой психоаналитик».

Миф № 4: «Психоанализ бесконечен, как сама душа человека».

Далеко не каждый современный человек может себе позволить тратить определённую часть времени и финансовых ресурсов на познание самого себя. Современные люди вынуждены работать, подобно изгнанному из рая Адаму, в поте лица, лишь для того, чтобы добыть хлеб свой насущный. Далеко не каждому доступна роскошь посвящать один час в

сутки самому себе.

Действительно, современный человек забывает о себе. Несмотря на то, что либерализация общества, кажется, не знает границ, и, кажется, любые, даже самые изощрённые желания, могут быть легко удовлетворены, если приложить немного фантазии, человек оказывается всё менее свободен и всё более зависим от навязанных ему социальных, политических, семейных и любовных практик, в которых он является потребителем, а не изобретателем. Парадоксально, но в ситуации пестования индивидуальности и тотального культа наслаждения, наиболее сложной оказывается та практика, которую Фуко называл «заботой о себе». Принятие себя во всей неполноте, со всеми нехватками и противоречиями, утратами и страхами, конфликтами и способами их разрешения. То затейливое и прихотливое творение пути, та индивидуальная дорога, которую каждый из нас – кто медленнее, кто быстрее – прокладывает внутри реальности, как мышь внутри головки сыра, в сущности, и называется жизнью.

Фрейд когда-то говорил о конечном и бесконечном анализе: анализе, который приносит терапевтический эффект, и анализе как пути самопознания, который, впрочем, тоже имеет свои пределы, как и всё человеческое. (Вспоминается другой классик: «жизнь нам даётся на всю жизнь»). Психоанализ является едва ли не единственным лечебным методом, который никуда не торопится, и каждому человеку отпускает для проработки столько времени, сколько тому потребуется. В среднем, актуальный невроз проясняется в течение нескольких недель или месяцев, хотя, в то же время, известны случаи, когда пациент посещает психоаналитика несколько лет.

Невроз создавался столько же времени, сколько лет самому анализанту. Поэтому вылечить его, как кариес, за один сеанс, просто невозможно; нужно учитывать, какие усилия были потрачены на его возведение, какие усилия приложило бессознательное, чтобы выстроить такое укрепление, – всё это нельзя просто так отбросить. Если симптом существует, значит, это кому-нибудь нужно; он выполняет какую-то функцию. В некоторых случаях его устранение может обернуться последствиями куда более пагубными и не-

обратимыми, чем его поддержание. По этой причине **психоанализ нацелен не на устранение симптома, а на его проработку**. Длительность проработки симптома в каждом случае будет разной, поскольку она зависит от характера, этиологии и роли симптома в психической структуре субъекта.

«Психоаналитик не должен понимать всё слишком быстро», – говорил Фрейд, подчёркивая, что психоанализ не может быть конвейером-объяснялкой-по-фрейд-у всего на свете, он требует внимательного изучения и понимания каждого проявления душевной жизни.

Миф № 5: «Нужно лежать на кушетке и говорить о сексе».

Считается, что если Фрейд все проблемы человека объяснял через его сексуальность, то и говорить на кушетке, по преимуществу, приходится о своей сексуальной жизни. Между тем, рассказывать об этом незнакомому человеку, да ещё и лёжа к нему спиной, не так-то просто.

Действительно, психоанализ часто касается интимных вопросов. Но они далеко не всегда связаны с половой жизнью, «интимным вопросом» может быть как финансовое положение семьи, так и вера в бога, или даже простая глупость, случайно посетившая голову, настолько тривиальная, что тут же возникает желание умолчать о ней и переключиться на что-то другое. Во-первых, интимное пространство ещё нужно обнаружить, исходя из личной истории субъекта, его пристрастий и склонностей и его отношения к другому, во-вторых, нужно ещё привыкнуть говорить всё, что приходит в голову (согласно основному правилу психоанализа), а это получается далеко не с первого сеанса. Нужно не просто секретничать об интимных сальностях, а обнаруживать в своей речи те узловые пункты символического, которые и делают то или иное высказывание, представление, образ интимным, своим собственным, замечать тот момент времени, в который происходит это сакральное присвоение речи, означающего, сцепление и идентификация себя с ним.

Психоанализ – это, прежде всего, дискурс, а не антураж викторианского кабинета со съевшимся в кресле старичком с австрийским

выговором и в пиджаке-тройке, как в американских фильмах 1930-х годов; дискурс, который может поддерживаться в различных форматах и при изменениях сеттинга. Пациент не обязательно должен лежать (есть люди, которым вряд ли предложишь использовать диван), длительность сеанса не обязательно должна составлять пятьдесят минут, сумма гонорара для каждого пациента также индивидуальна. Определённый способ «думать клинику» и действовать внутри клинической ситуации – вот что, скорее, следует понимать под психоанализом.

Миф № 6: «Психоанализ избаловал общество».

Теперь мы по любому поводу бежим к врачу. Общество наслаждений отказывает человеку в таком базовом праве, как право на странность: при возникновении малейшей проблемы люди склонны вызывать специалиста, чтобы тот переустановил систему и отладил духовные приборы в соответствии с принципом удовольствия. Психоанализ – одна из тех практик, что инфантилизирует общество и приучает человека перекладывать ответственность за свои проблемы на плечи отца-аналитика.

Нельзя не согласиться с такой оценкой общества. Иметь проблемы становится здесь очень большой роскошью. Непрерывно наслаждаться – вот печальный удел современного субъекта. А что ему ещё остаётся?

То, что остаётся – это и есть реальное. Если верить Лакану, реальное представляет собой то, что остаётся после симпозиции, то, что не схватывается в знаке.

Мне, впрочем, кажется инфантильным как раз обратный сценарий, по которому человек уверен, что всё на свете может сделать сам без посторонней помощи. Чтобы не баловать себя достижениями культуры – доведём тезис до крайности – нужно перестать покупать пищу в магазине, а начать выращивать и убивать её собственными руками. Тогда про тебя точно никто не скажет, что ты перекладываешь грязную работу на чужие плечи.

Однако психоанализ не входит в сферу услуг, и аналитик меньше всего похож на услужливый грудной протез, подпирающий слабые места, или фаллос, блещущий интер-

претациями, которые никогда не дают клиенту скучать. Аналитик вообще не даёт советов, не лечит (во всей сленговой двусмысленности этого слова) и не наставляет на путь истинный, хотя от него часто этого требуют. Меньше всего его работа направлена на поддержание гомеостаза и возведение иллюзии гармонии. Скорее, напротив, **его целью является деконструкция личности, её структурные изменения.**

В то же время, психоанализ вообще стоит по другую сторону глобальных педагогических утопий, призванных внушить человечеству позитивное мышление или дорастить его до мирового гуманизма, идеи которого разного толка психологи время от времени берут на свои щиты. «Фрейд не был гуманистом», – верно замечает Лакан, задача улучшения человеческой природы никогда не входила в его планы.

Если уж аналитик и является подпоркой для приходящего к нему человека, то только **в качестве объекта его влечений, объекта для переноса своих представлений, чувств и отношений.** Объекта, который в идеальном финале должен вернуться назад к самому анализанту, что не всегда может сопровождаться удовольствием и инсайтом. Анализ часто бывает болезненным и неудобным процессом, поэтому Фрейд и не рекомендовал начинать его в моменты острых кризисных ситуаций.

Хотя общество и может выглядеть избалованным и несдержанным, роль психоанализа в этой вакханалии наслаждения сильно преувеличена. В то же время, как это ни странно, психоанализу предъявляют и прямо противоположное обвинение.

Миф № 7: «Психоаналитик – это что-то наподобие полицейского».

Такую реплику выкрикнул один из студентов на семинаре Жака Лакана в 1969 году. Станным образом психоанализ обвиняют в том, что он говорит от лица реальности (как будто пробным камнем для различения бреда и здравого смысла является реальность самого аналитика), и тем самым выполняет те же дисциплинарные функции, что и психиатрические больницы и тюрьмы, с той лишь разницей, что он осуществляет цензуру куда более

жестокую, психическую цензуру. Какие бы либеральные ценности психоанализ не провозглашал, он имеет ясные терапевтические цели: сделать невротиков более свободными от своего симптома, сделать психотиков чуть более признанными социально.

Находка Фрейда состоит в том, что **всякая реальность – это реальность психическая**, иначе говоря, нет ровно никаких оснований считать мир врача более объективным или более здоровым, нежели мир пациента; тот пробный камень «объективной реальности», к которому пытались апеллировать врачи прошлого, говоря о нарушении восприятия реальности у душевнобольных, в начале XX века оказался ещё одной фикцией. Оказалось, что врачи ничуть не более здоровы, чем их пациенты, и это ставит ряд вопросов перед психиатрией и перед медициной вообще. Во всяком случае, выражение «тестирование реальности» сегодня уже не может быть настолько очевидным, как в XIX веке. Психоанализ признаёт, что любая реальность субъективна, поэтому не существует метапозиции, позволяющей сравнивать, шкалировать и оценивать степень отклонения от воображаемой нормы; это не только клинический вывод, но и этическая позиция психоанализа, принимающего всякую душевную организацию за проявление индивидуального бытия человека. По этой причине врачи часто критикуют психоанализ за то, что он не делает обобщений и выводов, и, следовательно, его результаты не могут быть положены в основание медицинского исследования. Действительно, психоанализ рассматривает каждый случай как уникальный, поэтому ни обобщающей метапозиции, ни дисциплинарных логоцентрических мер в анализе быть не может.

Мне кажется, это вопрос не статуса психоанализа, а ценности симптома, которым анализант наслаждается, и от которого не желает избавляться, несмотря на те страдания, которые он ему доставляет. Иными словами, вопрос состоит в следующем: что от меня останется, если у меня отнять моё страдание? Что если я окажусь вписанным в придуманную Фрейдом модель настолько, что разложусь по полочкам без остатка и полностью утрачу самого себя? Что если моё самое ценное и индивидуальное – чувства, мысли, уме-

ние любить – окажется «рядовым случаем» в аналитической практике? Или, как говорил кардинал в фильме Феллини: «Кто тебе сказал, что человек создан для счастья? Лучше страдать, но оставаться самим собой». Однако говоривший не обращал внимания на то, что его собственный дискурс куда более дисциплинарен, а желание «оставаться самим собой» и выполняет ту самую роль полицейского, с которой он якобы борется.

Реальная практика опровергает этот миф, поскольку показывает, что субъективность не сводима только к тому или иному симптому, диагнозу или комплексу; человек намного сложнее и интереснее, чем банальное объяснение всего через отношения с «папой-мамой». По этой причине страх попасть в уже готовую модель не позволяет начать анализ самого себя, однако этот-то страх и есть внутренний полицейский. Как показывает, например, опыт Пабло Пикассо, художник, проходящий психоанализ, не перестаёт писать картины, хотя начинает понимать те или иные пружины своих бессознательных конфликтов. Талант не сводим просто к сублимации той или иной инфантильной проблемы, так же как и самобытность каждого человека не равна избранному им способу страдания. Можно оставаться самобытной личностью, не сильно оригинальничая при этом.

Любой человек не равен своему симптому; по выражению Лакана, каждый из нас расщеплён в самом основании своего бытия. Поэтому в вопросе о «власти через кушетку» – во всём его параноическом звучании – я склонен слышать страх утраты собственного симптома: что от меня останется, если всё разложить по полочкам? Кем я буду без своего способа страдать и наслаждаться? Это уже хорошие вопросы для начала самопознания, которым психоанализ и занимается. **А если он вдобавок ко всему ещё и лечит – то нам это только в плюс**, как шутил Фрейд.

Миф № 8: «Психоаналитики пользуются своими пациентами».

Поскольку между психоаналитиком и пациентом не существует никаких опосредующих или контролирующих инстанций, аналитик получает беспрецедентную власть финансово наживаться и нравственно глумиться над па-

циентом, отыгрывая на нём свои собственные садистские комплексы и эротические влечения. Пациенту даже пожаловаться некуда. Тем более что некоторые особенности жизни великих психоаналитиков хорошо известны широкой публике, и стоит несколько раз подумать, прежде чем обращаться к таким странным людям.

Должно быть, такая мысль приходит в голову тому, кто считает себя объектом наслаждения другого, подходящей жертвой для садиста-аналитика. Для этого надо обладать изрядной долей паранойи (другой имеет власть надо мной), которая иной раз полезна для самонаблюдения.

Ссылка на шалости великих отцов вряд ли проливает какой-то свет на метод психоанализа, поскольку в её основании лежит не менее спорная предпосылка: только «нормальный» человек может сделать «нормальным» другого. В самом деле, посмотрите-ка на Фрейда, который не занимался сексом 40 лет, и был насквозь соткан из придуманных им же неврозов и комплексов, или на Лакана, который провёл свои последние дни в психиатрической клинике (о чём ярко живописует специальный номер газеты «Либерасьон» с заголовком «Скончался сумасшедший Лакан»). Как можно назвать таких людей здоровыми? Если же они сами больны, то кого они могут вылечить? – говорят нам.

Парадосальность такого способа постановки вопроса очевидна. Во-первых, он коренится всё в том же воображаемом противопоставлении нормы и патологии, болезни и здоровья, которыми сегодня вряд ли можно пользоваться с наивностью медиков XIX века, во-вторых, в ещё более смутном представлении о врачевании как миссии служения, подобной рукоположению епископов (только «святой» может сделать «святым» другого), или убеждении, что только врач, который страдает сам, подобно доктору Хаусу, имеет право причинять страдания своим пациентам. Комичность последнего тезиса избавляет меня от дальнейших комментариев. Сошлюсь только на известный факт: Сократа, как мы помним, осудили на смерть за нравственную развращённость и растление молодёжи (в те времена преступление намного более тяжкое, чем нынче), однако этот факт не является

поводом усомниться в открытом им методе диалектики, напротив, заставляет задуматься над понятием, так называемой, нравственности, которая обошлась человечеству столь дорогой ценой.

Наконец, надо признать, что каждый человек, конечно, имеет садистские влечения, и поскольку аналитик тоже человек, он имеет и свою долю садизма. С той лишь оговоркой, что профессиональный психоаналитик, прежде чем начать практику, сам прошёл курс дидактического анализа, в котором смог проанализировать и проработать – насколько это возможно в ограниченный отрезок времени – свои бессознательные влечения и конфликты. Это необходимо для того, чтобы в работе со своими пациентами видеть границы собственной личности (которые он может отдать на откуп для развития переноса), с одной стороны, и конфликтов пациента, с другой. Во-вторых, психоаналитик имеет супервизора или консультанта, с которым он обсуждает свои текущие случаи, возникающие в ходе работы сложности и собственные чувства, появляющиеся у него в связи с пациентом. Конечно, консультанта нельзя назвать контролирующей инстанцией, хотя в некоторых ассоциациях он называется «controleur», но, во всяком случае, он является тем внешним помощником, который может указать на специфику контр-переноса аналитика к своему пациенту.

Миф № 9: «В России нет психоаналитиков».

Обучение психоанализу занимает несколько лет и предполагает непосредственную живую передачу опыта, это значит, что кандидат прежде сам должен побыть в роли пациента у опытного аналитика и разобраться в своих бессознательных конфликтах, а уже потом начинать помогать другим людям. Этот обучающий анализ, как правило, требует большой и продолжительной работы, как правило, с зарубежным аналитиком, поскольку в Советском Союзе и демократической России, в силу известных обстоятельств, таких специалистов не было. Такой обучающий анализ в России проходили лишь единицы, и только единицы признаны психоаналитиками на мировом уровне. Курьёзно, что некоторые психоана-

литические сообщества в России насчитывают сотни и тысячи членов, статус которых за пределами этих сообществ равен нулю.

Отчасти это верно. В особенности западные аналитики (могу сослаться на статью Дэниела Ранур-Лаферьера) упрекают российских коллег в том, что они не поддерживают контакт с другими школами и отрицают международные стандарты, а под заглавием «психоанализ» в России продаётся какой-то свой, мало кому понятный психологический продукт. Традиционный русский поиск «своего пути» и отказ от мировых дидактических стандартов на этот раз приводит в тупик.

Тем не менее, уже в 1990-х многие наши коллеги начали получать образование в Европе, где и делали свой анализ у **признанных специалистов, придерживаясь общемировых стандартов**. Затем этот опыт был перенесён в Россию, и сегодня уже можно говорить о начале формирования собственной аналитической культуры, о зарождении нескольких российских психоаналитических школ. Хотя число аналитиков на сегодняшний день, конечно, вряд ли исчисляется сотнями, тем не менее, в России есть признанные специалисты в области психоанализа.

Думаю, что вопрос дидактического анализа и соблюдения мировых стандартов – это не только внутренняя проблема профессиональных сообществ, но и вопрос качества работы будущего аналитика. Человек, изучавший психоанализ только по книгам, не может называть себя специалистом. Нельзя считать таковым и человека, который прошёл несколько психологических тренингов, семинаров или практику в психиатрической клинике. Это один из тех редких случаев, когда полученное образование и наличие диплома мало влияет на становление специалиста.

Между тем, в России, как и повсюду в мире, психоаналитические методики используются почти во всех гуманитарных науках: редкая работа по философии обходится без упоминания Фрейда и Лакана, почти каждый филолог, культуролог и искусствовед считает для себя хорошим тоном упомянуть психоанализ как одно из наиболее влиятельных научных направлений XX века. Теорию Лакана преподают в университетах, посвящают ей симпозиумы и конференции, про него снимают целые

фильмы, приближающиеся к формату канала «Дискавери», но вся это работа по аппликации и популяризации идей психоанализа имеет мало общего с реальной клинической работой. Иными словами, философ-лаканист не может вылечить невроз. Знание ещё не делает человека аналитиком, оно делает его рабом, как показал сам Лакан в семинаре 1969/70. Клиническая работа лежит совсем в иной плоскости и, на мой взгляд, **аналитическое образование можно получить только в кабинете своего психоаналитика, а не на лекциях и семинарах.**

Миф № 10: «Человек намного проще, чем думает Лакан».

Психоанализ создал сложнейшую философию и идеологию, которая не всегда помогает человеку разобраться в своих маленьких проблемах, не углубляясь в вопросы бытия и «прибавочного наслаждения Большого Другого». Поэтому помочь в сложной житейской ситуации психоанализ не может, и к психоаналитикам ходят лишь интеллектуалы с заковырыстыми метафизическими дилеммами.

Психоанализ не раз упрекали в интеллектуализме, не понятном простому человеку, которому нужен доходчивый и ясный совет, как поступить в его ситуации. Однако в этом вопросе скрыто противоречие: с одной стороны, психологический совет можно найти в любом учебнике self-help (но дело в том, что универсальных ответов не существует), с другой стороны, нельзя же упрекать орбитальную станцию в том, что она слишком сложно устроена и не понятна «простому человеку», который с её помощью ведёт межконтинентальные телефонные переговоры или смотрит иностранные телевизионные каналы. **Психоанализ, действительно, сложная дисциплина,**

но оправдывает его то, что он работает. Поэтому желание упростить, ускорить, адаптировать психоанализ зачастую приводит к тому, что он перестаёт работать. Мы это видим на примере тех техник, которые заимствуют у психоанализа лишь некоторую часть опыта, не принимая ни его дискурса, ни клинических и этических принципов.

Психоанализ родился внутри психиатрической клиники и всю историю своего существования работал с тяжёлыми расстройствами и психозами в стационарах и в частных кабинетах, доказав тем самым свои права как клинический метод. Несмотря на то, что психоанализ не является частью медицины и никогда не ставил перед собой задачи создать универсальный метод лечения или построить теорию о человеческой душе, он может работать вместе с медициной, на равных с ней. Подобные примеры известны из европейского опыта, где почти в каждой психиатрической лечебнице работают и психиатр, и психоаналитик, занимаясь каждый своей практикой. Таким образом, место психоанализа признано не внутри, а в одном ряду с медициной.

Книгу «Бред и сны в Градиве Йенсена» Фрейд начинает с утверждения, что «большинство образованных людей улыбаются, когда им предлагают истолковать сон; только склонный к суевериям простой народ, продолжающий в этом средневековые воззрения, не намерен отказываться от толкуемости сновидений». Это утверждение верно и по сей день. Действительно, психоанализ – это большой миф, обладающий не меньшей силой и эффектом, чем все прочие мифы, такие как наука, религия или идеология. *Мифы сохраняют свою силу, даже если в них никто не верит.*

Dmitry A. Olshansky. Ten Myths on Psychoanalysis.

Summary

There are several myths on psychoanalysis, which we should not expose, but understand their roots and analyse their effects on ideology of psychoanalysis. Therefore we should accept all the myths, common ideas and rumours about psychoanalysis and discover what can they say about position of psychoanalysis in contemporary Russian mentality.

Key words: Myths on Psychoanalysis, Freud, Lacan.

ТЕАТРАЛЬНЫЙ МЕТОД, КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ АРТ-ТЕРАПИИ (ТЕАТРАЛЬНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ)



Аннотация

Театральная терапия занимает совершенно особое место в арт-терапевтическом подходе. Сознательное ощущение своего тела, присутствия на площадке, взаимодействие с партнером, с окружающим пространством неразрывно связаны с тренировкой спонтанности и импровизации. Театральная терапия активизирует «включенность» участников в жизнь. Она словно автоматически концентрируется на «здесь и сейчас» (главных постулатах психотерапии). Интересно, что все эти тонкие нюансы психологической работы на сцене были открыты и разработаны еще К.С.Станиславским. Не зря второе имя русской театральной школы – «школа театра переживания»...

Ключевые слова: Театральная терапия, Станиславский, школа театра переживания.

Основная масса тренингов арт-терапии служит для снятия психологических и физических зажимов, комплексов, индивидуального творческого развития. В начале работы процесс напоминает игру в искусство. Для занятий не требуется умение играть на сцене, наоборот, любые навыки могут лишь мешать работе, потому что задают стандарты. Здесь все – «новички». Если же кто-то из участников занимался ранее любым видом творчества, то лучше на время забыть, чему его учили. Импровизационное творчество, рождающееся здесь и сейчас, служит наиглавнейшим инструментом для развития и раскрепощения, для раскрытия подавленных талантов и нереализованных мечтаний; человек видит в своем творчестве отражение своей индивидуальности и делает выводы о том, кто он есть на самом деле. Это пространство для экспериментов и проб: здесь нет понятия правильно и неправильно, красиво и некрасиво.

В этот момент ценно все, что происходит. Каждый человек творит так, как он может, а главное, как он хочет. Чем быстрее ему удастся расслабиться и стать независимым от оценок, тем быстрее он почувствует, что игра в искусство превратилась в само искусство, и все, что он создает действительно прекрасно, необычно и ценно. В первую очередь для него самого!

Суть методик арт-терапии сводится к индивидуальному или групповому созданию некоего художественного образа. Театральный метод в этом случае ставит своей целью создание пантомимы, драматического действия, танцевального отрывка.

Театр – искусство коллективное. Для создания любой **театральной лаборатории** необходимы особые, доверительные и открытые, отношения между участниками коллектива. *Основным социальным моментом этого метода является взаимопонимание.* Оно возникает в связи с совместной работой над решением (пусть и в условно-игровой форме) проблем других участников коллектива или

же проблем, отраженных в художественном произведении (в этом случае нередко действует метод проекции – перенесения собственных внутренних конфликтов на героя). Посредством театра возможно актуализировать не только личные, но и общечеловеческие проблемы, касающиеся каждого.

Театральный метод позволяет использовать для постановки литературные и драматургические произведения или же делать акцент на импровизации, уделяя большее внимание тем собственным проблемам участников группы и разыгрывая конкретные жизненные ситуации. Прежде всего, происходит выявление таких жизненных ситуаций. Большая часть из них выявляется самостоятельно в заданиях типа «этюды на тему...», когда участники группы разыгрывают истории по своим же собственным сценариям. Нередко в такие моменты выходят наружу важные жизненные проблемы. Освобождение от них, их решение происходит постепенно, во-первых, путем сценического воплощения, во-вторых, путем изменения предлагаемых обстоятельств (один из основополагающих моментов методики **К. С. Станиславского**).

Знакомство участников группы между собой является важным этапом начала театральной терапии. Важно, чтобы постоянно происходило добровольное и искреннее обсуждение возникающих проблем, работы в группе, ощущений и сомнений, рождающихся во время занятий. В связи с этим не только начальная, но и завершающая части занятия должны носить характер групповой терапии (условное определение). Здесь хорошо помогают *тренинги, используемые для подготовки актеров – тренинги на чувство партнера, на развитие внимания, на снятие телесных зажимов*. Немаловажно, например, ведение «**актерского дневника**», который заполняется, как дома, так и в конце занятия: участники пытаются зафиксировать план прошедшего занятия, последовательность работы, а так же то, что у них получилось, или с чем возникли трудности. Ведение дневника позволяет концентрировать внимание (немалые сложности возникают с письменным воспроизведением того, что происходило на занятии), приучает к самодисциплине и самоанализу, дает возможность отслеживать собственное развитие, обращать внимание на

находки, открытия, фиксировать возникающие вопросы, чтобы впоследствии их задать. Профессиональные актеры нередко записывают в актерские дневники собственные наблюдения за реальной жизнью, людьми, за собой – все это неоценимая часть материала, который можно использовать при создании сценического образа. В случае терапевтического театрального подхода дневник участника также может быть использован во время его сценических опытов.

Особое внимание стоит уделить начальной разминке и заключительной части занятия. Кроме «открытого разговора» между участниками групповой терапии, необходимо регулярно проводить **телесно-ориентированные тренинги**: участник занятия должен начинать прислушиваться к собственному телу, не бояться его, принимать движения тела, не чувствовать парализующей скованности во время танца, движения. Для этого наилучшим образом подходят тренинги с элементами танцевально-двигательной терапии. Индивидуальный и парный танец под музыку, импровизированные движения, основы контактной импровизации (хореографическая техника, применяемая в современном танцевальном искусстве) – все это, как нельзя лучше, обеспечивает телесную свободу на площадке, а впоследствии в жизни.

Ежедневные занятия драматических актеров включают в себя тренинг, направленный на развитие психофизического аппарата. Подобные занятия также необходимо регулярно проводить в группе. Например, предлагается вспомнить свои чувства во время ссоры с мамой, когда вам было пять лет, вспомнить и сочинить на эту тему этюд (сценку). Важно использовать *ПФД (психофизическое действие) – работа с воображаемыми предметами и соответствующие чувства, ощущения* (лимон – кислый, шоколад – сладкий и т. д.). Занятия ПФД включают в себя работу с физическими ощущениями: я вспоминаю, что значит холод, жара, что значит больно, что значит радостно. Тренинги, развивающие психофизический аппарат, дают возможность стимулировать экстравертный тип мышления, наиболее безопасный для нервной системы и важный для налаживания социальной жизни и адаптации человека.

Не стоит ограничивать работу в группе

исключительно сценическими тренингами, участники группы могут приносить на занятия свои фото и видео работы, художественные произведения, рисунки и так далее. Все это стимулирует индивидуальное творческое развитие человека и коллективную работу в театральной лаборатории. При работе с ролью профессиональный актер первое время работает так называемым *этюдным методом* (соответственно русской школе переживания, основанной К. С. Станиславским); он ищет характер персонажа, размышляет над его внешностью, движением и пластикой, привычками, психологией, придумывает события его прошлой жизни, что-то постоянно пробует и импровизирует. Этюды – сценки на любую тему с любым сюжетом, в которых живет и действует персонаж (сюжеты сценки могут абсолютно не соответствовать театральной инсценировке). В этом случае очень помогают все предметы, которые, по мнению актера, как-то связаны с жизнью его героя: музыка, фотографии, книги. Все это может быть как найдено и заимствованно, так и придумано самостоятельно. Именно на самостоятельности выдумок стоит сделать акцент в работе с группой. Всевозможные «сопроводительные» художественные находки обогатят опыт работы над ролью, придадут большую обстоятельность и глубину творчеству участника группы, ускорят его путь к себе.

Один из немаловажных вопросов: **кому и когда можно порекомендовать занятия театральной терапией?** Из всего вышесказанного, на мой взгляд, вытекает вполне очевидный ответ – абсолютно каждому вне зависимости от возраста, пола, рода деятельности, социального положения. Кроме всех творческих навыков и самораскрытия, которое естественным образом осуществляется во время вовлеченности в любой художественный процесс, театральный метод арт-терапии можно и нужно рассматривать, как своеобразную групповую психотерапию. В отличие от других видов арт-терапии здесь уже с самого начала человек вовлечен в коллективный творческий процесс. Сценическая работа стимулирует различные психологические реакции индивида, как то: перенос, проекция и другие. И все это благодаря взаимодействию с другим живым человеком. В первую очередь,

характерные психологические реакции человека становятся видны во время импровизации, а так же во время рассказа возможной жизни персонажа или во время любого «придумывания» личной истории героя, которая, как уже упоминалось, необходима для понимания персонажа и воплощения его на сцене. Во вторую очередь, стимулирование происходит за счет непосредственного присутствия на сцене, игры. Говоря простыми словами, любой актер (и тем более участник театральной терапии) сценическим языком рассказывает о себе и на сцене посредством своих партнеров решает собственные проблемы, мучающие вопросы. Ярче всего подобный ход процесса демонстрирует драма-терапия: участники сами придумывают сценарии, разыгрывая актуальную историю из своей жизни; итог этой истории, все возможные проигрышания ее развития – залог решения глубинной проблемы самого участника. В профессиональном театре необходим переход от меня к другому, то есть создание отдельного от актера персонажа, который имеет право на собственные привычки, собственные проблемы, собственную историю. Хотя, по определению, русской театральной школы, то есть «школы переживания», актеру всегда необходимо идти от себя – от собственной личности. Таким образом, сохраняется центральная структура.

Театральная терапия активизирует «включенность» участников в жизнь. Она словно автоматически концентрируется на «здесь и сейчас» (главных постулатах психотерапии), ведь для того, чтобы играть на сцене нужно немало: произносить текст (а в идеале – «проживать текст»), видеть партнера, чувствовать пространство, взаимодействовать с ним, наконец, ощущать свое тело в этом сценическом мире. Все эти центральные составляющие театральной методики безусловно влияют на человека самым неожиданным образом. Часто можно услышать от участников слова восхищения по поводу того, что они совершенно по-другому стали видеть окружающую их жизнь: улицы, дома, деревья, машины, людей! Теперь они внимательны на улицах, стараются не пропустить самые мельчайшие детали. Все это пригодится им для работы... *А в то же время – какая тончайшая и мощнейшая психологическая работа.*

Kristina A. Kvitko. Theatrical method as one kind of art therapy (theatrical laboratory).

Summary

Theatrical Therapy holds a special place in art-therapeutic approaches. Conscious sense of the body, presence at the scene, interaction with a partner, with the surrounding space is inextricably linked with the training of spontaneity and improvisation. Theatrical therapy activates “inclusion” of participants in the life. It seems to automatically focuses on the “here and now” (the main postulates of psychotherapy). Interesting that all these subtle nuances of the psychological work on the stage were opened and developed further by K.S. Stanislavsky. No wonder the second name of Russian theater school – “the school of theatre of experience” ...

Key words: Theatrical Therapy, Stanislavsky, the school of theatre of experience.

КРЕЛЬ Ольга Викторовна

МЕТОД ПУЛЬСОГЕМОИНДИКАЦИИ, ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Аннотация

Статья освещает особенности, возможности и преимущества метода пульсогемоиндикации в области информационной медицины. Метод интересен и необходим, особенно при лечении хронических заболеваний. Позволяет избежать многих лекарственных осложнений и оптимизировать лечение.

Ключевые слова: пульсогемоиндикация, гомеопатия, гомеопатический препарат, хронические болезни.

Пульсогемоиндикация – зарегистрированная медицинская технология. Методы и оборудование сертифицированы и прошли клиническую апробацию. В 2005г пульсогемоиндикация получила диплом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения как лучшая технология традиционной медицины. Метод создает возможность эффективного использования различных методик, созданных поколениями врачей. Позволяет быстро и эффективно решить множество лечебных и диагностических задач, сформировать диету, провести психологический анализ личности и коллектива.

Оценить состояние пациента можно при помощи нескольких индикаторов. В результате накожных кратковременных аппликаций гомеопатических препаратов описываются изменения, отражающие состояние различных органов и тканей, а именно функциональных резервов организма и наличие различного характера дисфункций.

© О. В. Крель, 2011.

Например, при исследовании сердечно-сосудистой системы можно не только выяснить какие отделы сердца страдают в большей степени, но и уточнить возможную причину возникновения того или иного поражения. Можно определить какие бактерии, вирусы или химические агенты оказывают болезнетворное действие. Полученные результаты позволяют наиболее точно подобрать гомеопатический препарат.

Гомеопатический метод лечения известен давно, более 200 лет. Этот вид лечения и в наше время вызывает все больший интерес у врачей и пациентов, особенно, когда речь идет о сложных хронических заболеваниях.

Известно, что любой из гомеопатических препаратов имеет свой патогенез, т.е. отражает множество различных симптомов, наблюдаемых исследователем, при использовании слишком больших, токсических количеств того или иного растения, минерала, гриба, насекомого и др.

Эти симптомы представляют собой целый комплекс физиологических, психологичес-

ких, клинических изменений, и такой же комплекс, в большей или меньшей степени врач находит у пациента. Так работает принцип подобия, т.е. лечить подобное подобным.

Каждый гомеопатический препарат очень индивидуален именно за счет разнообразия всевозможных сочетаний симптомов. Если у пациента обнаруживаются симптомы, характерные для какого-то гомеопатического препарата, то этим гомеопатическим препаратом эти симптомы можно устранить.

Особенно важное значение имеет обнаружение при беседе с пациентом какого-либо очень индивидуального, редкого и, с точки зрения медицинской практики, незначительного симптома. Именно его обнаружение позволяет подобрать гомеопатический препарат с наибольшей точностью. Даже очень опытные гомеопаты, много времени, иногда месяцы и даже годы, тратят на выявление такого симптома, но зато именно его обнаружение позволяет назначить максимально эффективный препарат.

Метод пульсогеомоиндикации дает возможность наиболее точного и быстрого подбора гомеопатических препаратов для коррекции состояния.

Известно, что хронические заболевания не лечатся, т.е. лечатся, но, обычно, не вылечиваются. Резко поменялось соотношение острых и хронических заболеваний на протяжении последнего столетия. Если, в начале прошлого века около 80% заболеваний относились к острым и 20% к хроническим, то в последние десятилетия – с точностью до наоборот: 20% - к острым, 80% - к хроническим. В большинстве случаев аллопатическая медицина прекрасно справляется с острыми состояниями и бессильна в отношении хронических.

В лечении хронических болезней, как правило, используются лекарства, подавляющие симптомы. Но, ведь эти симптомы, по сути, «крик организма о помощи», сигнал неблагополучия, а лекарства убирают этот сигнал. Болевой, или какой-то другой, симптом сняли, все нормально. Пациент продолжает свой привычный образ жизни, и, сначала иногда, а

потом все чаще вынужден принимать лекарства, т.к. болезнь усугубляется, появляются новые жалобы и симптомы, которые постепенно становятся необратимыми.

Лекарств становится все больше, но все они работают по принципу «устранить симптом». Это обычное развитие ситуации, по сути тупиковой, так как эффективность лечения хронических заболеваний ограничивается той или иной степенью подавления симптомов и улучшения качества жизни. Про большинство хронических болезней в медицинских учебниках пишут – этиология и патогенез (т.е. причины) неизвестны.

В то же время, в организме есть достаточно ресурсов, чтобы справляться с болезнями и восстанавливаться после них. Иногда им, ресурсам, нужно помочь высвободиться или перераспределиться, а организм уже сам сможет управлять ими и бороться с болезнью.

Метод пульсогеомоиндикации позволяет выявить нарушения на самом раннем, доклиническом этапе, когда симптомов и жалоб еще нет, и человек даже не подозревает об имеющихся нарушениях и их опасности, т.к. организм сам старается справиться с ними. И это возможно, если «травмирующая» ситуация кратковременна. Но, если неблагоприятный фактор действует длительно – защитные функции не выдерживают непомерной нагрузки и возникают «поломки», а у человека возникают разнообразные жалобы и симптомы.

На доклиническом этапе метод пульсогеомоиндикации наиболее эффективен, т.к. позволяет не только выявить нарушения, фактически – предболезнь, но и избавиться от них, т.е. блокировать развитие заболевания, даже очень тяжелого прогностически.

Учитывая множество неблагоприятных факторов окружающей среды, особенно в сочетании со стрессами, которым на каждом шагу подвержен современный человек, этот метод становится незаменимым для своевременной коррекции дисфункций и профилактики заболеваний.

Olga V. Krel. The method of pulsohemoindication, the possibilities and perspectives in prevention and treatment of chronic diseases.

Summary

The article illustrates the particularities, possibilities and preferences of the method of pulsohemoindication in the area of informational medicine. Method is interesting and necessary, especially during chronic diseases treatment. It allows to avoid many medicinal complications and to optimize the treatment.

Key words: pulsohemoindication, homeopathy, homeopathic medicine, chronic diseases.

ПОКРОВСКИЙ Николай Борисович

О ВОЗМОЖНОСТЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ЛЮДЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕСУРСНЫХ МЕТОДИК АРТ-ТЕРАПИИ, АПРОБИРОВАННЫХ В АССОЦИАЦИИ «АНТЭРА»



Аннотация

В работе изложены выводы, которые обобщили результаты теоретических разработок и практических исследований среди людей с различными уровнями умственной отсталости. Теоретической базой этих выводов служили положения Метаструктурного анализа, Интегральной теории систем, Интегративно-балансовой теории личности, разработанных специалистами ЗАО «Гуманитарный фонд» и Теория поля Курта Левина. Практической базой служили регулярные занятия изобразительным искусством в течение трех лет с группой инвалидов Психоневрологического интерната № 10. Результаты работы были интерпретированы на основании баланса экстравертных и интровертных типов функционирования сознания. Исследования убедительно показали, что экстравертная форма сознания наименее подвержена поражению, является более устойчивой и для данной категории людей наиболее продуктивной. Это дает обширный инструментарий для частичной реабилитации умственно отсталых, достижения возможного уровня развития и даже для их социализации. Эти результаты могут быть использованы для клинических, социальных целей, а также в широких вариациях для решения индивидуальных задач.

Ключевые слова: экстравертный, интровертный, мышление, сознание, интеллект, образное, изобразительное, инвалид.

Более 10 лет в ЗАО «Гуманитарный фонд» ведутся исследования механизмов мышления человека. На первом этапе это делалось с целью оптимизации мышления менеджеров, а затем, с накоплением материала, - с целью понимания фундаментальных законов человеческого сознания. В ходе этих исследований в 1996 г. была разработана «**теория отстранения**» («Гуманитарный фонд предупреждает - Развитие или деградация?», журнал «Личность и Культура» №4-2000), которая по заключению Государственного Экспертного Совета дала «новое раскрытие проблемы».

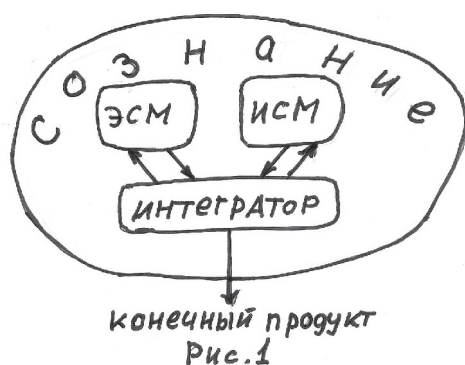
© Н. Б. Покровский, 2011.

Новым было изучение баланса экстравертного и интровертного типов мышления, как фактора, определяющего характер и конечный продукт деятельности человеческого сознания, [1], [2], [3].

Для более глубокого понимания природы этого фактора специалисты «Гуманитарного фонда» обратились к изучению процесса мышления людей с различными формами отклонений в развитии интеллекта. Крупный блок исследований составил изучение мышления людей с умственной отсталостью психоневрологического интерната № 10. Эта работа велась в рамках реализации утвержденной дирекцией интерната «Программы

разработки и реализации дополнительных мер по трудовой реабилитации групп инвалидов детства Психоневрологического Интерната № 10». Работа началась в 1996 году и была прервана после финансового кризиса 1998 года в связи с финансовыми проблемами у «Гуманитарного фонда». И хотя объем проведенных исследований явно не достаточен для окончательных выводов, он, тем не менее, дает возможность сделать выводы предварительные. В связи с тем, что ЗАО «Гуманитарный фонд» не планирует в ближайшее время продолжать эти исследования (из-за большого объема работ по другим направлениям), он считает необходимым проинформировать профессиональную общественность о предварительных выводах.

Выводы сделаны путем интерпретации практических данных с помощью метаструктурного анализа (МСА) и теории поля Курта Левина, где широко использовано центральное методическое положение МСА – визуализация объекта исследования [4].



Напомним нашим читателям, что указанная «теория отстранения» на основании МСА разделяет сознание человека на две сферы: экстравертную сферу мышления ЭСМ и интровертную сферу мышления ИСМ. Собственно, процесс мышления (и развития личности) протекает путем взаимодействия этих сфер, как это схематично показано на **рис.1**. Информация ЭСМ в виде образа поступает в ИСМ, где идет ее обработка в режиме логического анализа. А информация ИСМ в виде понятийного комплекса поступает в ЭСМ, где обрабатывается средствами ассоциативного образного мышления. Движение информации идет через «интегратор», так как обе сферы «говорят» на разных языках. Результат работы одной сферы, естественно, влияет на ре-

зультат другой, а их совместный результат и определяет конечный продукт, в частности, характер и уровень развития человека. Этот конечный результат является нам в виде фиксированного состояния, осознанного понятия или отношения, – в интегральной форме, которая и есть «видимая» часть нашего сознания. В связи с тем, что теория оперирует состояниями баланса в интегративном «исполнении», данная теория была названа «интегративно-балансовой теорией личности».

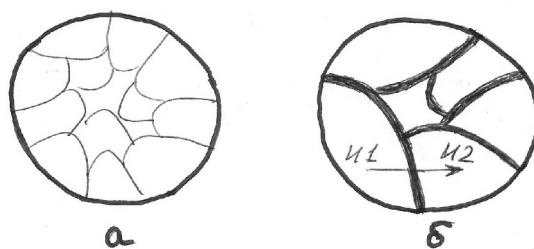


Рис. 2

Курт Левин раскрывает особенности работы сознания умственно отсталых детей на основании своей теории поля (см. **рис.2**). Сознание человека теория поля делит на ряд секторов, каждый из которых выполняет собственные функции в процессе мышления. Сам этот процесс начинается в момент возбуждения одного из секторов задачами мышления и далее протекает путем коммуникаций между секторами. У отсталого ребенка (рис.2б) стенки границ секторов более плотные и толстые, чем у нормального (рис.2а), а потому и менее проницаемые для коммуникации. Вследствие этого у отсталого ребенка процесс мышления замедляется и существенно обедняется.

Очевидно, мы вправе применить эту логику и к процессу взаимодействия ЭСМ и ИСМ.

Программа для интерната предусматривала обучение людей навыкам художественной росписи по дереву, которая непосредственно сопряжена с работой ЭСМ. Было установлено, что у инвалидов поражение этой сферы не всегда более существенно, чем у нормальных людей. Это показали следующие примеры. Группе инвалидов и группе нормальных учащихся (на производственных курсах росписи по дереву ПК «Меридиан 2000») давались одни и те же задания – выполнить по образцу линейный орнамент по клеткам. В ряде случаев темпы и качество работы в обеих груп-

пах были очень близки. Правда у инвалидов гораздо быстрее наступала утомляемость. Это хорошо объясняется теорией поля, если применить к ней понятия энергоемкости процесса. Но первые результаты были очень близкими!

Инвалиды же с тяжелыми формами отставания умственного развития с трудом выполняли и самые простые упражнения. Это позволяет сделать *три предварительных вывода*. *Первый*: ЭСМ по сравнению с ИСМ наименее подвержена отклонениям от нормы. *Второй*: тесты на основе изобразительной деятельности могут служить диагностическим средством. *Третий*: в целях реабилитации инвалида полезно ориентироваться на возможности ЭСМ, как наименее поврежденного аппарата связи с внешним миром. При этом важно отметить и то, что по нашей версии, ЭСМ по сравнению с ИСМ гораздо лучше обеспечена энергетическими ресурсами.

Произведя «наложение» теории поля на интегративно-балансовую теорию личности, можно сделать вывод, что коммуникации между ЭСМ и ИСМ у отсталых людей затруднены за счет менее проницаемых границ между этими сферами. В теории поля используются, главным образом, количественные оценки в коммуникационном обмене между секторами. Мы хотели показать, как в ходе обмена информацией она может меняться не только количественно, но и качественно. Для этого рассмотрим, что происходит с информацией при ее движении из сектора 1 в сектор 2 (рис. 2). Согласно теории поля импульс в секторе 1 создает определенную напряженность, которая вызывает коммуникацию с сопряженным сектором 2, что должно вести к выравниванию напряженности. Содержание информации в секторе 1 обозначим И1, а в секторе 2, соответственно, И2. В системе наиболее простых и общедоступных понятий представим себе процесс движения информации из сектора 1 в сектор 2 в виде формулы

$$\Phi = K \times И1 \times P \quad (1)$$

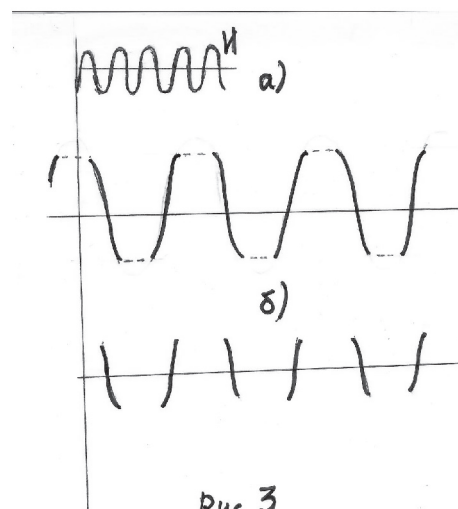
$$И2 = T \times \Phi \quad (2)$$

Φ – интенсивность коммуникационного обмена, K – коэффициент, характеризующий сопротивление стенки, разделяющей секторы, P – напряженность или давление (разность потенциалов) развиваемое в секторе 1, T – коэффициент, характеризующий преоб-

разование И1 в И2 в ходе коммуникативного обмена.

Формулы (1), (2) дают количественную характеристику процесса.

Теперь выразим содержание информации в волновой характеристике. Сопротивление границы секторов представим в виде некоего фильтра. Фильтрация может производиться по амплитуде и по частоте. Рассмотрим ситуацию, когда фильтр по амплитуде «срезает» часть волны (рис. 3).



На рис. 3а условно показан случай, когда фильтром удалена сравнительно небольшая часть волны. В этом случае сознание способно восстановить, «додумать» связь между отрезками волны и получить «читаемую» информацию. На рис. 3б показана ситуация, когда из-за большой величины утраченной части эту связь восстановить не удастся. Тогда информация теряется полностью, а поступившие отрывочные фрагменты ее приобретают характер помех.

Частотный фильтр будет «резать» волну по частоте. Тогда мы будем иметь обрывки линий с различными промежутками (рис.3). Естественно допустить, что в реальности сопротивление границы фильтрует волну и по амплитуде, и по частоте. В этом случае может существовать три варианта. Один – аналогичный случаю на рис. 3а, когда информация сохраняется достаточно полно, другой – потеря информации, как на рис. 3б, и, наконец, третий вариант, промежуточный, – информация так сильно изменена, что ее содержание в секторе 2 полностью отличается от содержания в секторе 1. При этом в работе сознания

возникают беспорядочные эффекты, которые могут быть не только не продуктивными, но и опасными. Это – «блуждающая» информация, которая хаотично создает смысловые комплексы, в свою очередь, вызывающие беспорядочные ощущения. Среди них могут возникнуть и весьма опасные для состояния психики человека ощущения.

К примерам фрагментарной информации можно отнести следующий ответ ученика интерната на вопрос: «Почему идет паровоз?» – «Потому, что у него идет дым». Этот ответ демонстрирует, что восприятие достаточно взрослого человека (22 года) похоже на восприятие новорожденного младенца, в сознании которого предметы идентифицируются только по характеру движения. Например, если перемещать один предмет и затем скрыть его за ширмой, а с другой ее стороны вынести другой предмет, для сознания младенца это будет тот же самый предмет, что двигался перед ширмой. В случае с паровозом движение паровоза и дыма совмещаются и принимают за природу движения.

В ходе занятий в интернате такие беседы с учениками велись постоянно, и в результате был собран богатейший материал. Он позволил сделать важное предположение: в процессе занятий художественной практикой мыслительная деятельность человека становится более структурированной, приобретает больше свободы и разнообразия. В этом можно усмотреть положительное влияние ЭСМ на ИСМ, в частности, уменьшение жесткости фильтра (см. выше).

Проведенные исследования ясно указывают на нужное направление усилий в реабилитации людей с умственной отсталостью. Это активизация экстравертного типа мышления путем изобразительной (или аналогичной ей) деятельности. В процессе этой деятельности в ЭСМ формируются все более сложные комплексы образной информации. Это обогащает сознание и создает ту самую напряженность сектора, на которую указывает теория поля Курта Левина. Таким образом, в руках тех, кто осуществляет реабилитацию, появляется обширный арсенал средств по «наполнению» сознания и по стимуляции его самопроизвольной работы. Следовательно, мы имеем гораздо больше возможностей для реабилитации умственно отсталых, чем нам кажется.

Сегодня «Гуманитарный фонд» полностью уверен в возможности достижения высокого уровня реабилитации умственно отсталых людей при эффективном использовании имеющихся средств. Среди них и «эмоциональный ресурс». В работе [5] экспериментально показано, что положительные эмоции благоприятно влияют на продуктивность деятельности мозга, а художественная практика (в первую очередь роспись по дереву) как раз и генерирует такие эмоции.

В заключение можем дать и небольшой практический совет. При организации художественной деятельности, очевидно, придется решать задачу, как заинтересовать человека. Проблема может иметь весьма простое решение – это... деньги. Проводя работу в интернете, по целому ряду формальных обстоятельств, мы не могли применять практику оплаты созданных изделий. Когда же путем изоощренных уловок мы использовали этот стимул, результаты были восхитительные. Деньги – мощный стимул для сознания на всех уровнях. Кстати, немаловажно, что получение денег – хороший повод для радости [5].

Реабилитация умственно отсталых людей является не только гуманистической или социальной проблемой. Она может иметь и значительный экономический эффект. Большое число людей может быть включено в трудовую деятельность, получая возможность обеспечивать свое существование. Но главным ЗАО «Гуманитарный фонд» считает увеличение числа счастливых людей, что по законам синергетики способствует счастью и всего общества. Не счастье ли придает фундаментальный смысл самой жизни?

ЛИТЕРАТУРА

1. Т. Л. Сивкова. Гуманитарный фонд предупреждает. «Личность и Культура». 1999, № 1. С.11-13.
2. Как я мыслю, так и существую. «Личность и Культура». 2000, № 2. с.13-15.
3. Н. Б. Покровский, Т. Л. Сивкова, Б. Н. Покровский. Развитие или деградация? «Личность и Культура», 2000 № 4. С.6-9.
4. К. С. Холл, Г. Линдсей. Теории личности. М., 1999.
5. Е. Д. Хомская, Н. Я. Батова. Мозг и эмоции (нейропсихологическое исследование). М., 1998.

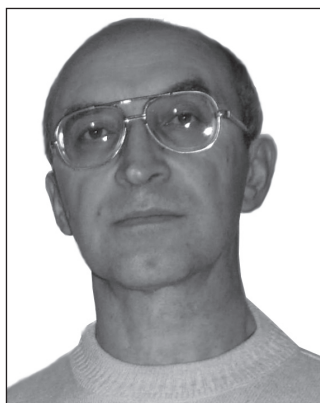
Nikolay B. Pokrovsky. About rehabilitation possibilities of mentally deprived men with the application of art therapy resource techniques approbated in association “AntEra”.

Summary

Generalizes conclusions of theoretical evidences and practical researches getting through the people with different levels of mental subnormality are exposed in the article. These conclusions are based on Metastructural analysis, Integrated system theory, Integrative-balanced hypothesis of individuality, which were developed by the specialists of CJSK “Humanitarian Fund” and Force field analysis of Kurt Lewin. Regular lessons of fine art during three years for group of invalids of the Psychoneurological boarding school № 10 were served as practical base. Results of work have been interpreted on the basis of extravertic and introvertic types of consciousness functioning balance. Researches have convincingly shown that extravertic form of the consciousness is least subject to defeat, it is steadier and for the given category of people it is the most productive form. It gives extensive toolkit for partial rehabilitation mentally deprived men, achievements of a possible level of development and even for their socialization. These results can be used for the clinical, social purposes, and also in wide variations for the decision of individual problems.

Keywords: extravertic, introvertic, thinking, consciousness, intellect, image, fine, invalid.

САМУИЛ ГАНЕМАН И ПСИХИАТРИЯ



Аннотация

К сожалению, об основателе классической гомеопатии С. Ганемане не пишут ни в одной книге по психиатрии, включая учебники. В «Органоне врачебного искусства» Самуил Ганеман блестяще сформулировал главные выводы из своего богатейшего опыта лечения психически больных. Он совершенно четко отличал невротические расстройства от психозов, а реактивные и симптоматические психозы от эндогенных. Почти за столетие до Фрейда Ганеман положил в основу терапии психосоматический подход и показал взаимосвязь здоровья и сексуальности. Вероятность развития болезни вследствие психических нарушений являлась для него неоспоримым фактом. Ганеман первым начал лечить без цепей и веревок больных с психическими болезнями.

Ключевые слова: гомеопатия, психиатрия, Ганеман, психосоматика

К сожалению, о Ганемане не пишут ни в одной книге по психиатрии, включая учебники. Во всем мире первым врачом, предложившим в 1792 году гуманное отношение к психическим больным, считают Пинеля. Вопрос о приоритете в данной области сейчас не столь уж важен, однако, не стоит забывать, что Ганеман первым начал лечить больных психическими болезнями без помощи цепей и веревок.

Мучительной и страшной была жизнь психически больных во времена Ганемана. Вместо лечения эти несчастные и обездоленные люди подвергались избиениям, наказаниям, зачастую, и пыткам.

«Приемы и способы, как прежде пользовались душевнобольных, известны всякому врачу. К возбужденным и строптивым больным врачи относились, как к диким зверям: в них хотели возбудить боязнь, страх, ужас. Телесные наказания, лечение рвотой были обыденным явлением. Беснующихся прикрепляли ремня-

ми к горизонтальной доске, которая вращалась с большой скоростью... Вследствие этого дом умалишенных, пользовавшийся репутацией хорошо устроенного дома, был до известной степени похож на застенок, - говорит Вестфаль. Такое же обращение ввел Эрнст Горн в переданном ему в 1806 году отделении Берлинской Шаритэ для умалишенных, бывшем в то время самым большим учреждением для умалишенных в Пруссии. Он, кроме того, изобрел «закрытый мешок», в который завязывали помешанных и в котором они должны были оставаться лежать там, где их положили... Воскресным посетителям этих больниц показывали умалишенных в виде забавы и дразнили их для увеселения публики» (3).

Суть позиции Ганемана по отношению к душевным болезням состояла в следующем: «Я никогда не позволю наказывать сумасшедшего ударами или другими болезненными телесными наказаниями, так как за неумышленность наказания не существует, и потому что эти больные заслуживают только сожаления, и от такого сурового обращения постоянно становятся хуже и вряд ли когда-нибудь исправляются» (3).

Именно так он пользовал и вылечил в 1792 г. помешавшегося тайного канцелярского секретаря Клоккенбринга из Ганновера, известного писателя. После полного выздоровления от умопомешательства этот несчастный показывал своему спасителю «часто со слезами на глазах остатки мозолей от веревок, которые прежние его сидельцы употребляли для того, чтобы сдерживать его в границах» (3).

Позже Ганеман писал в «Органоне врачебного искусства»: «Надобно изумляться жестокосердию и легкомыслию врачей в заведениях этого рода не только Англии, но и Германии, употребляющих против этих несчастных, наиболее заслуживающих сострадания, вместо действительно целебного антипсорического гомеопатического лечения грубые побои и другие истязания. Этими бессовестными и возмутительными действиями врач становится ниже тюремного экзекутора, ибо последний применяет подобные наказания только по обязанности службы и против преступников, тогда как первый вымещает на жалком и невинном больном злобу свою на неизлечимость душевной болезни и горькое сознание бессилия своего искусства» (примечание к «Органону» №104 в параграфе 228).

В «Органоне врачебного искусства» (параграфы 210-230) Самуил Ганеман блестяще формулирует главные выводы из своего богатейшего опыта лечения психически больных. Он совершенно четко отличает невротические расстройства от психозов, а реактивные и симптоматические психозы от эндогенных.

По мнению Ганемана, психические болезни, во-первых, не образуют собой особого класса болезней; «ибо состояние ума и нрава необходимо изменяется во всех болезнях, поражающих наше тело» (Органон, пар.210); во-вторых, вполне излечимы: «лечение достижимо и возможно не иначе как на основании того же закона подобия» (Органон, пар.214). Ганеман предписывает при любых болезнях рассматривать состояние психики больного как один из важнейших симптомов, позволяющих определить истинную картину болезни и успешно проводить гомеопатическую терапию даже острых заболеваний (Органон, пар.211,212,213).

Почти за столетие до Фрейда Ганеман положил в основу терапии психосоматический подход и показал взаимосвязь здоровья и

сексуальности. Вероятность развития болезни вследствие психических нарушений являлась для него неоспоримым фактом. Понятие «психосоматическое заболевание», как оно сформулировано в наше время, охватывает круг болезней, которые манифестируют соматическими симптомами, а этиология заключена в душевных переживаниях. Ганеман точно описал взаимосвязь предрасположения (назвав его незначительной болезненностью) с провоцирующими психическими нагрузками. «Существуют, правда, некоторые психические заболевания, которые рождаются не только из соматических болезней, но и, наоборот, при незначительной болезненности из психики возникают и продолжают под влиянием печали, гнева, обиды, оскорблений и в тех случаях, когда часто есть повод к тревоге и страху. Этот вид психических заболеваний потом со временем часто приводит к значительному нарушению физического состояния здоровья» (Органон, пар.225).

Практически в то же время Ганеман высказал свое мнение о взаимосвязи состояния здоровья человека и гармоничности его интимных отношений: «Одним из дополнительных препятствий в лечении хронических заболеваний, встречающимся не так уж редко и всё же игнорируемым врачом, является подавление сексуального влечения у достигших брачного возраста лиц обоих полов либо из-за отсутствия супружеской жизни по тем или иным причинам, не могущим быть устраненными врачом, либо там, где супружеские пары образованы слабой здоровьем женой и физически крепким мужем или, наоборот, физически слабым мужем и физически здоровой женой, и там, где половые отношения были абсолютно запрещены нездравомыслящим врачом, как это нередко случается. В подобных случаях более благоразумный врач, видя сложившуюся ситуацию и признавая естественное влечение, заложенное Творцом, снимает подобный запрет и этим самым сумеет сделать излечимым множество истерических и ипохондрических состояний и даже депрессию и психоз» (С. Ганеман. Хронические заболевания. Смоленск, 2000. С.155).

Достаточно четко и ясно Ганеман сформулировал понятие об экзогенных (симптоматических) психозах. Стоит привести его полностью. «Нередки случаи, где в болезнях,

называемых телесными и угрожающих близкой смертью (как, например, при нагноении легких или страдании другой важной внутренности), или в скоротечной болезни (после родов и проч.) душевный припадок, внезапно усилившийся, переменяет их в безумие, меланхолию или бешенство и тем устраняет гибельный исход самой болезни.

...болезнь делается частною и, так сказать, местною; она сосредоточивается в припадках ума и нрава, которые занимают место других симптомов и укрощают на некоторое время жестокость последних.

Болезнь органов тела, которые гораздо грубее, переносится на невещественные органы души...; эти тонкие органы служат здесь к отвлечению болезни, как это случается при появлении так называемых местных болезней на наружных частях тела» (Органон, пар.216).

Эндогенные психозы (шизофрения, циклотимические психозы) Ганеман рассматривает как болезни тела, происходящие из конституциональной предрасположенности (Органон, пар.215). Психические симптомы (по которым психиатры ставят диагноз), рассматриваются им как патогномоничные, и, по его убеждению, для выбора лекарств имеют второстепенное значение. Соматические симптомы, которые предшествуют психическим нарушениям или сопутствуют им, характеризуют конституцию больных и являются, таким образом, корнем болезни (Органон, пар.218, 219).

По обоснованному убеждению Ганемана при выборе препарата для хронического психического больного на первом месте должна стоять конституциональная соматическая симптоматика (пар.220). При внезапно наступающем эпизоде возбуждения, психическая симптоматика, напротив, выдвигается на передний план. Ганеман рекомендует применять при этом средства для острых состояний: Аконит, Белладонна, Страмониум, Хиосциамус (Органон, пар.221). Эти средства он рекомендует назначать до или в процессе конституционального лечения, но не одновременно, а чередуя между собой.

Если при сборе анамнеза удастся отчетливо выявить этиологию (причину) психического нарушения – испуг, стресс, интоксикацию (отравление), то при выборе препарата следу-

ет ориентироваться на нее. После устранения психотравмирующей ситуации этиологическим средством необходимо переключиться на конституциональное лечение (Органон, пар.221, 222).

Хочется особо отметить, что, по мнению Ганемана, при лечении психозов именно соматические симптомы и признаки (конституция, отягощенность, тип реакции) имеют высший ранг для выбора лекарства по сравнению с патогномоничными симптомами психического заболевания. И напротив, психические симптомы могут иметь более высокий ранг при соматических заболеваниях или органических невробазах.

Кроме того, независимо от ценности соматических и психических симптомов при различных формах невробазов особую ценность приобретают яркие, особенные, особенно парадоксальные симптомы (Органон, пар.153), независимо от того, соматические они или психические.

За много лет до того, как были сформулированы такие понятия, как медицинская этика и деонтология, Ганеман изложил основные правила поведения медицинского персонала в общении с нервно-психическими больными: «необходима также некоторая гигиена и для души, состоящая в том, чтобы врач и родственники больного старались обходиться с ним приличным образом; противоречия, неуместные и настойчивые наставления и грубые выговоры здесь так же неприличны, как и слабая, робкая снисходительность; то и другое обхождение равно вредны для ума и нрава больного...» (Органон, 228, 229). Звучит более чем современно.

Наконец, в 230 параграфе «Органоно» Ганеман подводит итог своим исследованиям в области лечения психически больных: «Если избранное лекарство для известной душевной болезни совершенно прилично и гомеопатически соответственно начертанному виду болезни, то часто достаточно малейшего приёма для произведения в короткое время весьма заметного поправления, чего невозможно достичь самыми большими и частыми приёмами всех аллопатических лекарств.

Выбор здесь даже из многих лекарств не особенно труден, потому что главный припадок – ненормальное состояние ума и нрава

столь ясно обнаруживается, что его нельзя не распознать. Обширная и многолетняя опытность позволяет мне утверждать, что *преимущество гомеопатического искусства перед всеми прочими врачебными способами нигде так ясно не проявляется, как в застарелых болезнях ума и нрава, началом или спутниками которых служат физические недуги*».

Ганеман, его сподвижники и ученики много занимались лечением психически больных, о чем свидетельствует «Органон» и отличная книга его учеников «Общая и специальная терапия психических заболеваний и расстройств по гомеопатическому принципу», вышедшая в 1855 году.

Знаменитый психиатр и профессор нервных болезней Чезаре Ломброзо изучил гомеопатию и исцелил с ее помощью множество психически больных. (См.: Гомеопатический лечебник д-ра К. Миллера).

И в наши дни психиатры, психотерапевты, неврологи могли бы гораздо эффективнее лечить своих больных, если бы использовали возможности гомеопатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуревич М. О. Психиатрия. – М., 1949.
2. Каннабих Ю. В. История психиатрии. Репринтное издание. – М., 1994.
3. Амике. Возникновение гомеопатии и борьба против ее распространения., изд. Ф.К.Флемминга в 1889 г. Гомеопатическая медицина, 2002. С.60-61.
4. С. Ганеман «Органон врачебного искусства», изд. д-ра Флемминга. С.- Петербургъ, 1894 г.
5. С. Ганеман «Хронические заболевания». Смоленск. Гомеопатическая медицина. 2000.
6. «Гомеопатический лечебник» д-ра К. Миллера, издание д-ра Флемминга. С.- Петербургъ, 1897.
7. З. Фрейд «Три очерка по теории сексуальности», 1905, М.; 1989.

Sergey P. Egorov. Samuel Hahnemann and psychiatry.

Summary

Unfortunately, about the founder of classical homeopathy S. Hahnemann nobody write any book in psychiatry, including textbooks. Samuel Hahnemann has excellent formulated the main conclusions from his richest experience of treatment mentally-deprived men in «The Organon of the Healing Art ». He absolutely accurately distinguished neurotic disorders from psychosis, and reactive and symptomatic psychosis from endogenous psychosis. Almost one century prior to Freud Hahnemann has based the therapy on psychosomatic approach and has shown interrelation of health and sexuality. The probability of development of disease owing to mental disorders was an indisputable fact for him. Hahnemann was the first, who has started to treat patients with mental diseases without chains and ropes.

Keywords: homeopathy, psychiatry, Hahnemann, psychosomatics.

НАШИ АВТОРЫ

АКОПОВ Анатолий Юрьевич - психиатр, медицинский и социальный психолог, психотерапевт; зав. кафедрой социальной психологии Национального Гуманитарного Университета России (СПб), Руководитель консультативно-лечебного и реабилитационного Центра по освобождению от социально-психологических зависимостей, профессор практической психологии БПА, гранд-доктор философии в области социальной психологии и космической безопасности (Оксфордская образовательная сеть), канд. мед. наук по медицинской психологии и психиатрии, академик МААНОИ, БПА, МАИСУ, член Союза ученых СПб., Лауреат и Дипломант Межд. конкурсов по проблемам здоровья, медицины, психологии, гармоничного развития Личности и устойчивого прогрессивного развития этносов (Палермо, Италия, 2009, 2010 гг.). Автор научных открытий в области медицинской психотерапии (2007 г.), общественных наук (2011 г.), научного изобретения в области психиатрии (2006 г.). Автор 130 статей и 4 книг по психиатрии, психологии и психотерапии. Основные сферы научных интересов: реабилитация психически больных, системный подход к проблемам психиатрии и психологии, прогнозирующая деятельность человека при принятии решений в ситуации выбора, психические заболевания Государства и Общества, социальные болезни Личности, в том числе социально-психологические зависимости; внутренняя национальная психологическая безопасность России. Автор 5 поэтических сборников, в том числе книг «Ночные монологи», «Рубаи», «Испытание огнём», которые были отмечены в 2010г. Дипломом I ст. Межд. конкурса «Ареопаг Искусств «Аполлон» (ЮНЕСКО) в области мировой культуры и искусства (Межд. Парламент Безопасности и Мира, Оксфордская образовательная сеть - Палермо, Италия, 31.03.2010).

ЕГОРОВ Сергей Петрович, 1952г., закончил Крымский медицинский институт в 1976г., интернатуру по психоневрологии в 1977г.; по 1997г. работал психотерапевтом и рефлексотерапевтом в Сакском всесоюзном спинальном санатории им Н.Н.Бурденко, где открыл отделение нетрадиционных методов лечения; около 30 специализаций и усовершенствований по психотерапии, рефлексотерапии, неврологии, мануальной терапии, реабилитации детей с ДЦП, гомеопатии, семейной медицине. Гомеопатией занимается с 1980 года. Около 100 публикаций в области психотерапии, рефлексотерапии, гомеопатии. Работа по психологии больных - спинальников внесена в международный реестр общества «Параплегик». В настоящее время ведет частную практику как гомеопат, психотерапевт, рефлексотерапевт. Сфера интересов: философия гомеопатии, теория диагноза в гомеопатии, терапия психосоматических заболеваний.

КВИТКО Кристина Анатольевна - окончила Санкт-Петербургскую Академию Театрального Искусства. Работала помощником режиссера театра марионеток им. Деммени, а также в ТЮЗе им.Брянцева. Окончила школу журналистики, пресс центр «Поколение», Аничков Дворец. Собственный опыт занятий в школе хореографии и театральной студии, активные занятия акробатикой, телесными восточными практиками, контактной импровизацией, модерн-танцем дали возможность на протяжении пяти лет активно сотрудничать с Центром Реабилитации Детей и Подростков. На базе центра осуществлялись занятия по танцевально-двигательной терапии, арт-терапии, основам актерского мастерства с аутистами и трудными подростками. Автор ряда публикаций на театральные и культурные темы в журналах и газетах СПб и Москвы.

КРЕЛЬ Ольга Викторовна - окончила 1-й Московский медицинский институт (1981), клиническую ординатуру (1983), заочную аспирантуру (1987). Работала врачом-терапевтом медико-санитарного отдела №119 (1983-1984), преподавателем терапии мед. училища №24 в Москве (1985-1987), врачом-ревматологом, зав. 3-м ревматологическим отд. городской б-цы №25 (Городской ревматологический центр) в СПб (1990-1994), врачом-ревматологом ассоциации «Антира». Принимала участие в работе международных симпозиумов и научных конференций, в том числе X Европейского конгресса ревматологов в Москве. Автор 11 научных публикаций в ведущих мед. журналах «Терапевтический архив», «Ревматология» и др. В процессе многолетнего наблюдения группы больных ревматическими заболеваниями собрала огромный материал, анализ которого позволяет выявить закономерности развития ревматических заболеваний при различных вариантах течения и обосновать приоритетные способы их курирования. Подготовила диссертационную работу «Поражение почек при ревматоидном артрите». Материалы диссертации опубликованы и вызвали большой интерес у специалистов в России и за рубежом. С 2008 года является Президентом ассоциации «АнтЭра - Институт клинической медицины и социальной работы им. М.П. Кончаловского».

ОЛЬШАНСКИЙ Дмитрий Александрович – частный психоаналитик. Секретарь Группы Лакановского Психоанализа, Российский редактор журнала *The Philosopher* (Лондон), сотрудник *Institut des Hautes Études en Psychanalyse* (Париж) и Института Клинической Медицины и Социальной работы им. М. П. Кончаловского (Санкт-Петербург). Автор более 230 научных работ и переводов.

ПОКРОВСКИЙ Николай Борисович - закончил Ленинградский горный институт, а затем очную аспирантуру в системе никель-кобальтовой подотрасли. При подготовке кандидатской диссертации разработал новый метод исследования сложных систем с рядом ненаблюдаемых эффектов. В дальнейшем этот метод лег в основу ряда разработок, некоторые из которых вывели отечественную науку на лидирующие позиции в мире. Кроме технического, получил художественное образование на Отделе-

нии изобразительного искусства Университете искусств им. Н.К.Крупской. Изучая вопросы композиции, как системного фактора мышления человека, получил ряд важных выводов о механизме функционирования его сознания, принципах развития, поражения и деградации, а также о связи с физиологией организма человека. В настоящее время основное направление деятельности - продвижение в обществе системного научно-естественного и гуманитарного знания. В области медицины вместе с коллегами создал новую научную базу арт-терапии, основанную на синтезе фундаментальных законов в области естествознания и последних достижений мировой научной практики в исследовании сознания человека. Является генеральным директором ЗАО «Гуманитарный фонд», председателем редколлегии журнала «Личность и Культура», Ректором Народного художественного университета, Экспертом Российской Академии Естественных Наук; в Санкт-Петербургском союзе ученых возглавляет направление «Личность и Культура». Трижды награждался медалями «Федерации космонавтики России», которая отметила его «широкую эрудицию, приверженность системному знанию и ответственность ученого».

ЧАМОКОВА Эмма Аслановна – кандидат филологических наук; была сопредседателем Совета по сохранению и развитию культур малых народов в Советском Фонде Культуры, руководителем Центра этносоциальных исследований в Институте Наследия, ведущим научным сотрудником Российского Института культурологии; автор статей по теории культуры, в последние годы внутри темы «Концепция человека в восточной и западной традиции».

ЧУЖОВ Александр Львович – врач-фтизио-дерматолог, заведующий 3-м отделением Пушкинского противотуберкулезного диспансера, консультант СПб НИИ фтизиопульмонологии и Городского противотуберкулезного диспансера, к.м.н. (2009), тема диссертации «Клинико-морфологические особенности и диагностика различных форм туберкулеза кожи» по специальностям «Фтизиатрия» и «Кожные и венерические болезни», автор 23 научных публикаций, в том числе – монографии «Туберкулез и другие микобактериальные инфекции кожи» (2007).

