

**Сетевой научный журнал**  
**ПСИХОСОМАТИКА**  
**и САМОРЕГУЛЯЦИЯ**

**2 (2) 2015 г.**



# Сетевой научный журнал ПСИХОСОМАТИКА и САМОРЕГУЛЯЦИЯ

---

## СОСТАВ РЕДКОЛЛЕГИИ ЖУРНАЛА:

---

### ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

*Хайкин Александр Валерьевич*, к.пс.н.,  
(Ростов-на-Дону, Россия).

### ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

*Ингерлейб Михаил Борисович*,  
(Ростов-на-Дону, Россия).

*Кодочигова Анна Ивановна*, д.м.н, профессор,  
(Саратов, Россия).

### ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

*Бызова Валентина Михайловна*, д.пс.н.,  
профессор (Санкт-Петербург, Россия).

*Васильева Ольга Семёновна*, к.пс.н.,  
профессор, (Ростов-на-Дону, Россия).

*Винокур Владимир Александрович*, д.м.н,  
профессор, (Санкт-Петербург, Россия).

*Волкова Наталья Ивановна*, д.м.н.,  
профессор, (Ростов-на-Дону, Россия).

*Замлелая Ирина Викторовна*, к.м.н.,  
(Ростов-на-Дону, Россия).

*Ивашкина Марина Георгиевна*, к.пс.н.,  
доцент, (Москва, Россия).

*Киселев Антон Робертович*, д.м.н.,  
(Саратов, Россия).

*Лубянко Игорь Александрович*,  
(Ростов-на-Дону, Россия).

*Макиенко Валентина Вадимовна*, к.м.н.,  
доцент, (Санкт-Петербург, Россия).

*Рогачёва Татьяна Владимировна*, д.пс.н.,  
профессор, (Екатеринбург, Россия).

*Русина Наталья Алексеевна*, к.пс.н., доцент,  
(Ярославль, Россия).

*Силенок Инна Казимировна*,  
(Краснодар, Россия).

*Соловьёва Светлана Леонидовна*, д.пс.н.,  
профессор, (Санкт-Петербург, Россия).

*Яковлева Наталья Валентиновна*, к.пс.н.,  
доцент, (Рязань, Россия).



УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА –  
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКОЕ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО».

ЖУРНАЛ ЗАРЕГИСТРИРОВАН  
В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ  
ПО НАДЗОРУ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ  
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ  
МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ  
И ОХРАНЕ КУЛЬТУРНОГО НАСЛЕДИЯ.

Свидетельство о регистрации  
средства массовой информации  
Эл.№ ФС77-57006 от 14 февраля 2014 г.

Периодичность выхода  
1 раз в квартал.

Электронный адрес журнала:  
<http://journal1.pro>

Электронная почта:  
[alval\\_khaikin@mail.ru](mailto:alval_khaikin@mail.ru)

© Сетевой научный журнал  
«Психосоматика и саморегуляция».

© ВСЕ ПРАВА ЗАЩИЩЕНЫ.  
Ни одна часть этого издания не может  
быть воспроизведена любым способом  
без предварительного письменного  
разрешения редакции.

# СОДЕРЖАНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА..... 5

---

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЗОРЫ

---

*Хайкин А.В.*

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ИДЕЯ  
И ЭВОЛЮЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС. ТЕЗИСЫ ..... 6**

---

## ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

*Анохин М. С.*

**СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИТАТИВНО–  
ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ МЕТАПРИЕМОВ  
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ..... 10**

*Кудаев А. Е*

*Замлелая И. В.*

*Ходарева Н. К.*

*Барсукова Л. П.*

**БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ВЗГЛЯДЫ И ПОДХОДЫ ..... 13**

*Шемеровский К.А.*

**НЕИНВАЗИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА  
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ..... 20**



---

**РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ  
ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ  
И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

---

*Ахмадуллина А.А.*

**ГЛУБИННЫЕ МЕТОДЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ ..... 23**

*Зуйкова Н. Л.*

**ИЗ ОПЫТА ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТОЗОВ.  
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ  
ПСИХОТЕРАПИЯ (КПсП) ..... 34**

*Ингерлейб М. Б.*

**РОЛЬ КОМПЛЕКСА ОБРАЗНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ  
В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА САМОРЕГУЛЯЦИИ  
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ  
УПРАЖНЕНИЙ ..... 41**

*Фоменко М. Ю.*

*Фоменко Н. П.*

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ШКОЛЫ  
ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ  
АСТМОЙ: ВАЖНОСТЬ ПСИХО–  
КОРРЕКЦИОННОГО КОМПОНЕНТА ..... 47**

---

**ОБ АВТОРАХ**

---

.....51





## ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

«Психосоматика и саморегуляция» — первое периодическое научное издание на русском языке, посвященное этим темам.

Учредившее наш журнал Восточно-Европейское Психосоматическое Общество объединяет специалистов, движимых интересом к проблемам психосоматики и саморегуляции и заинтересованных в распространении идеи психосоматического единства в профессиональное и общественное сознание. Это и определяет цели нашего журнала. Поэтому главная цель журнала – создание такого пространства профессионального общения, в котором легко и свободно можно будет обмениваться идеями и теоретическими построениями, результатами эмпирических исследований и практических разработок.

Тематика нашего издания это и фундаментальные исследования взаимодействия психического и соматического в порождении и исцелении болезней тела, роли психического в этих процессах и разработка моделей психосоматогенеза, и прикладные исследования в области разработок методов и техник психосоматотерапии и эмоциональной и физической саморегуляции.

Мы приглашаем размещать на наших страницах как законченные исследования, так и описание идей, только предваряющих дальнейшие исследования. Будем рады аналитическим работам и обзорам.

Ждем как результаты развернутых эмпирических исследований — экспериментов и наблюдений, так и описания отдельных интересных случаев из практики. Поскольку темы психосоматики и саморегуляции имеют различные аспекты, то мы приглашаем к публикации не только психологов, психотерапевтов и медиков, но также философов, биологов, специалистов в психоэнергетических методах и представителей других направлений.

«Психосоматика и саморегуляция» изначально задумывался как дискуссионная площадка, поэтому мы приглашаем печататься у нас и тех авторов, чьи взгляды на психосоматику прямо противоположны взглядам издателей журнала, авторов, не разделяющих идеи психосоматического единства в отношении болезней тела. Конечно, при условии обоснованности их позиции.

Вместе мы поможем друг другу развивать свое и создадим общее!

**Главный редактор журнала «Психосоматика и саморегуляция»  
Александр Хайкин.**



# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЗОРЫ

---

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ИДЕЯ И ЭВОЛЮЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС. ТЕЗИСЫ

ХАЙКИН А.В.  
(Ростов-на-Дону, Россия)

### Аннотация

*Предпринята попытка сформулировать концепцию психосоматических закономерностей, единую для человека и животных. Условия сохранения здоровья и порождения соматических болезней связываются с задачами эволюционного развития. Расширяется представление о сущности эволюционного процесса и формируется представление о психическом развитии индивида как части эволюционного процесса.*

**Ключевые слова:** психосоматическая взаимосвязь, психосоматика, эволюция видов, развитие, психическое развитие.

**УДК 616-02+159.9+575**

Ни для кого не секрет, что основные вопросы психосоматического взаимодействия, и, прежде всего, вопросы о способе взаимодействия психического и соматического в порождении и исцелении телесных болезней, о роли каждой из сторон в этих процессах, совсем далеки от ясности. Нет ясности и в вопросе о том, все ли телесные болезни в хоть в какой-то мере можно считать психосоматическими. Но если придерживаться мнения о необходимой роли психического в порождении всех или большинства телесных болезней, то необходимо встает вопрос об этой роли в возникновении болезней у животных. Психологами и психотерапевтами, занимающимися теорией и практикой психосоматики часто полагается, что мы здоровы, когда ничто не мешает нам знать о своих потребностях и реализовывать их, когда мы можем следовать себе, а не

абсолютным и никак не изменяемым в зависимости от текущего момента, правилам. Когда способны осуществлять выбор из конкурирующих мотивов и нам нет необходимости прибегать к болезни как к компромиссу. Когда новые необходимые нам качества могут более естественно становиться частью нашей идентичности. Когда наше поведение и сама жизнь не скованы нелюбящим нас «критиком». Когда стресс недолог и мы всегда можем найти способы реализации стресса и отреагирования в психотравмирующей ситуации. Но когда наша душевная организация такова, когда чего-нибудь из этого списка не происходит, то это и является тем, что каким-то способом, (также открытый вопрос - каким?!), порождает соматические болезни. Однако, не трудно заметить, что все вышесказанное относится исключительно к людям. И тогда, если мы последовательно



развиваем представление о наличии психосоматики в причинах любой соматической болезни, то необходимо встает вопрос — в чем, в вышеописанном контексте, мы видим условия или причины телесных болезней у не обремененных культурой, цивилизацией, а, вместе с ними, и невротическими противоречиями, диких животных? Безусловно, психосоматические закономерности в общем их виде должны быть едины для всех! Как полагает автор, перспективным здесь может оказаться подход, ищущий главные психологические причины телесного здоровья и нездоровья в их связи с эволюционным процессом. Данная работа преследует целью обозначить в качестве гипотезы допущения, одновременно касающиеся как отношений психосоматических процессов с процессом эволюционного развития, так и самой природы последнего.

В качестве предпосылок для формирования нижеописанных допущений автор предлагает рассмотреть следующие обстоятельства и представления.

1. Представление В.С. Ротенберга и В.В. Аршавского [4] о поисковой активности, (а также эмоций, ее стимулирующих), как условия сохранения соматического здоровья. Важно, что это положение относится одинаково как к людям, так и к животным.

2. Эволюционный процесс, очевидно, необходимо рассматривать не только в отношении развития морфологических форм, строения организма, способов его внутренней, физиологической жизни, но, одновременно, и в отношении развития способов поведения и психической жизни.

3. Как известно, идея Жана Батиста Ламарка, которую, кстати, разделял и Чарльз Дарвин, о наследовании признаков, приобретенных организмом в течение индивидуальной жизни, не вошла в господствующую в двадцатом веке и подкрепленную революционными открытиями в генетике, Синтетическую Теорию Эволюции (СТЭ). Однако, открытия, совершенные в биологии в последние десятилетия и, прежде всего, обратного кодирования белок-РНК-ДНК, эпигенетического наследования, управления геномом мобильными генетическими элементами (МГЭ), да и само открытие возможности управления

организмом мутациями в нем, указывают, как минимум, на теоретическую возможность преодоления «барьера Вейсмана» и наследования живыми существами приобретенных в индивидуальной жизни новых признаков. В последнее время становится понятно, что сам эволюционный процесс развивается в своих формах и его можно и нужно рассматривать как единую систему. Более того, сам лавинообразный поток новых, неуспевающих вмещаться во вновь конструируемые эволюционные модели фактов говорит о том, что наше, хоть сколько-нибудь целостное понимание эволюционного процесса еще впереди [3].

4. Онтогенетическая концепция возникновения болезней и старения В.М. Дильмана [2], в которой обосновывается, что причиной возникновения основных «болезней старения» (атеросклероза, гипертонии, сахарного диабета второго типа, онкологии) является продолжение работы механизмов, обеспечивающих индивидуальное развитие организмов в его молодом периоде жизни. (Однако заметим, сам Дильман считал при этом старение скорее побочным продуктом функционирования этих механизмов, чем запрограммированным процессом).

5. «Природа», как персонифицированная сущность, имеющая «целью» сохранять, беречь полезные для эволюции организмы и уничтожать, точнее, уничтожать быстрее, ненужные — замечательная метафора естественного отбора, бытующая, как минимум, в научно-популярной литературе [1]. По мнению автора, такая метафора может быть полезна и в научном познании.

Отталкиваясь от вышеописанных предпосылок, в контексте решения поставленной в начале данной работы задачи автор полагает уместным выдвинуть следующие предположения.

**ПЕРВОЕ.** Болезни (как минимум, телесные) являются такими же инструментами эволюционного процесса, как апоптоз (клеточное самоубийство) и репликативное старение.

**ВТОРОЕ.** Индивидуальное психическое развитие является частью эволюционного развития, которое по природе и содержанию своему гораздо шире, чем его трактуют современные эволюционные теории.



Причем, под первым здесь понимается не только и не столько развитие психики, связанное с процессом взросления и становления взрослой особью, сколько — развитие новых способов поведения, новых способов жизни, «душевное» развитие. И что важно, это индивидуальное развитие понимается входящим в процесс эволюции не в банальном смысле, в каком можно понимать все происходящее в жизнедеятельности индивида входящим в целостный процесс эволюции. Индивидуальные психические «наработки», также как новые морфологические признаки каким-то своим образом фиксируются эволюционным процессом. Психическая эволюция индивида становится частью глобального эволюционного процесса.

**ТРЕТЬЕ.** Условием поддержания соматического здоровья является соответствие способа жизни индивида, в том числе — и психической жизни, поддержанию механизмов эволюционного процесса понимаемого расширенно, в соответствии с предыдущим пунктом. (Иными словами, мы здоровы настолько, насколько соответствуем своему процессу развития, пытающемуся происходить внутри нас!) Соответственно, болезни возникают вследствие такого способа жизни индивида, когда он не способствует, а противостоит этому «индивидуальному» эволюционному процессу внутри себя.

Также, на взгляд автора, естественно предположить, что, как минимум, у людей, а может и у части высших животных вновь возникший «шаг» развития проявляется изначально как, может быть не всегда хорошо различимые тенденции, желания, импульсы и ощущения дискомфорта. Тогда, безусловно, описанный выше взгляд на причины телесных болезней и здоровья — шире и, поэтому включает в себя большинство современных представлений о причинах и условиях порождения телесных болезней, приведенных в начале работы, как частный случай. Точнее, как условия реализации общего механизма в частном случае психосоматики у людей. Действительно, если есть способности слышать себя, поступать в соответствии с моментом, а не с общими правилами, знать и реализовывать свои потребности, разрешать свои внутренние конфликты, искать новые спосо-

бы в неожиданных ситуациях, впускать в себя новую идентичность, находить способы реализации стрессовой и травматической энергии, то это всё является необходимыми условиями для реализации механизма индивидуального психического эволюционного развития. Отсутствие этих способностей, естественно является тормозом для такого развития и является условием для запуска психосоматогенеза.

У всех высших животных есть достаточно развитая психика, а способность к обучению присутствует даже у одноклеточных. Поэтому можно предполагать наличие индивидуального психического развития разного уровня у всех животных, а также проблем в этом развитии, которые отличаются от человеческих, но наличие которых может также создавать соматические болезни. (Условия для реализации внутреннего эволюционного развития для носителей психик разного уровня могут быть познанными нами в дальнейшем!)

Сформулированные автором ранее гипотезы о природе онкогенеза [5] также согласуются с тремя вышеописанными предположениями. Ирония «эволюционной судьбы»: «бунт» против реализации одного из механизмов эволюции — старения и смерти от старости, возможно, задействовавший древний механизм регенерации, выражаемый на уровне индивида попыткой заменить смертные ткани бессмертными, был превращен эволюцией в одно из самых опасных заболеваний!

Описанные выше предположения можно дополнить еще одним. Возможно, способность к реализации такого эволюционного механизма в своей индивидуальной жизни и является признаком, отбираемым с помощью телесных болезней.

Автор отдает себе отчет в том, что приведенная в данной статье концепция в том виде, в котором она сейчас изложена, представляет собой только набросок и требует доработки. Автор также выражает надежду, что развитие высказанных здесь предположений может дать не только новый взгляд на психосоматические взаимосвязи, но послужить еще одной отправной точкой в дальнейшем развитии эволюционной теории.



## ЛИТЕРАТУРА

1. *Арабули З.* Практика омоложения организма. – М.: София, 2009. – 192 с.
2. *Дильман В. М.* Четыре модели медицины. – Л.: Медицина, 1987. – 288 с.
3. *Марков А.* Рождение сложности. Эволюционная биология сегодня: неожиданные открытия и новые вопросы. М.: Астрель: CORPUS, 2012. – 527 с.
4. *Ротенберг В.С., Аршавский В.В.* Поиск активностью и адаптация. – М.: Наука, 1984. – 192 с.
5. *Хайкин А.В.* К био-психологическому смыслу болезней тела. Две гипотезы природы онкологии.// Категория смысла в философии, психологии, психотерапии и общественной жизни. Материалы всероссийской психологической конференции с международным участием. – М.: Кредо, 2014. – С.158 – 159.

**Psychosomatic idea and the evolutionary process. Theses.**

*Khaikin A. V.,*  
PhD (Rostov-on-Don, Russia)

**Abstract.** An attempt was made to formulate the concept of psychosomatic regularities common to humans and animals. The conditions of preservation of health and the generation of somatic diseases are associated with problems of evolutionary development. Expanding the concept of the nature of the evolutionary process and to form a view of the mental development of the individual as part of the evolutionary process.

**Keywords:** psychosomatic relationship, Psychosomatics, the evolution of species, development, mental development.

## СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИТАТИВНО–ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ МЕТАПРИЕМОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

АНОХИН М. С.,  
(Ростов-на-Дону, Россия)

### Аннотация

*В статье описывается случай применения упражнения для лечения хронической боли, разработанного в рамках медитативно-процессуального подхода. Описаны использованные в разработке медитативно-процессуальные метаприемы.*

**Ключевые слова:** метаприем, хроническая боль, медитация, процессуальные методы.

**УДК 159.98**

Женщина 77 лет, обратилась с жалобами на боли в ногах. Из ее рассказа стопы, пальцы и икры болят на протяжении 10 лет. В последние две недели боли усилились, к ним добавилось ощущение жжения, неделю просыпается по ночам из-за сильного жжения в ногах. При обращении к врачу было проведено общеклиническое обследование, УЗИ сосудов нижних конечностей. Диагноз: остеохондроз позвоночника, варикозное расширение вен первой степени. Назначено лечение: сосудистые препараты, нестероидные противовоспалительные средства для обезболивания. В течение 2-х недель на фоне приема обезболивающих средств и сосудистых препаратов отмечалась отрицательная динамика в клинической симптоматике: усиление боли по продолжительности и интенсивности и появление сильных ночных болей прерывающих сон. В связи с чем, женщина пришла

на консультацию с запросом уменьшить боль, что бы она могла спать.

Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP, 1994) [3], под острой (преходящей) болью следует понимать боль, обусловленную острым заболеванием, травмой и прекращающуюся по мере выздоровления и заживления ран. Хроническая (персистирующая) боль связана с длительно существующим патологическим процессом или посттравматическим состоянием, она продолжается от 1–3 месяцев до многих лет. Хроническая боль, в отличие от острой, уже не выполняет свою сигнальную функцию, а вызывает много проблем, проникая во все сферы жизни человека. По данным литературы [2, 3] в среднем 20% взрослого населения развивающихся стран (к ним же относится и Россия) имеют хронические боли, причем только у 1–2% болевой синдром вызван злокачественными



заболеваниями; у 30–40% он обусловлен скелетно-мышечной патологией и заболеваниями суставов, 30% — отмечают боль в спине и шее, остальные — головную и другие виды боли.

Основным способом лечения боли в медицинской практике на сегодняшний день является фармакотерапия с назначением нестероидных противовоспалительных препаратов, опиоидных анальгетиков, и адьювантов. К сожалению, фармакотерапия не всегда оказывается эффективной, а также все фармакологические препараты имеют противопоказания и побочные эффекты [2, 3]. Неэффективность фармакотерапии и сопровождающие ее побочные эффекты делают актуальными поиск и разработку других способов купирования боли.

С целью уменьшения боли и ее лечения давно используются гипнотические и трансовые техники, медитация [1, 6, 7, 8]. В 2007 году Elkins G., Jensen M., Patterson D. [7] провели мета-анализ работ контролируемых исследований гипноза в лечении хронической боли и пришли к выводу, что гипнотическое вмешательство ведет к постоянному, значительному снижению боли, кроме того гипноз более эффективен чем забота, уход, физиотерапия и обучение. В другом мета-анализе, проведенном Montgomery G., DuHamel K., Redd W [8], авторы обнаружили, что гипноз способен значительно снижать боль у 75% населения. Использование медитации для преодоления боли известно с древних времен и пришло в западную культуру из восточных практик йоги и буддизма. На сегодняшний день медитация как компонент в лечении боли широко и успешно используется в клиниках США [1].

Развитие медитативных и гипнотических способов оказания помощи привело к появлению «процессуальных методов» [4, 5], которые базируются на идее, что исцеляющий процесс заложен в самой проблеме или симптоме, а разворачивание внутренней динамики переживания активизирует его и приводит к исцелению. Для реализации исцеляющего процесса необходимо дружественное наблюдение за симптомом (медитация), которое позволяет развернуться спонтанной динамике внутренних тенденций симптома или переживания. В данном

случае для создания «лечебного» упражнения автор использовал следующие медитативно-процессуальные метаприемы. (Под метаприемом мы понимаем способ решения какой-либо из задач, который может разворачиваться в конкретные приемы в различных методах [4]):

1. «Абстрагирование от смысла и сосредоточение на самом телесном проживании состояния, чувства»;
2. «Усиление сигнала».

В начале сеанса автор рассказал пациентке, что организм человека сам способен исцелять боль, что бы способствовать этому ей было предложено выполнить упражнение, состоящее из трех этапов продолжительностью по 5 минут, на каждом из которых был использован один или несколько из приведенных выше метаприемов, а также поддерживалось сохранение «дружественного интереса» за телесными переживаниями. На первом этапе автор попросил пациентку отнестись к боли не как к боли, а как к незнакомым сильным ощущениям. После чего продолжить наблюдение за этими ощущениями, замечая, что они состоят из напряженных участков, сильных ощущений тепла и участков расслабления. Выполняя первый этап, пациентка заметила присутствие напряжения в области крестца, которое до этого отсутствовало в поле ее внимания, и отметила что это напряжение для нее сейчас важнее чем боль. В связи с чем, ей было предложено направить основной фокус внимания на область крестца и дружественно понаблюдать за напряжением в ней.

На втором этапе было предложено найти участки напряжения в области наблюдения, которые можно усилить и ослабить, и после обнаружения таких участков, выполнить усиление и ослабление напряжения в них, замечая какие телесные и эмоциональные изменения происходят в теле вместе с этим. После выполнения второго этапа упражнения пациентка обнаружила отсутствие боли в ногах, появление приятного тепла, поднимающегося снизу от стоп по ногам к спине и общее приятное расслабление в теле.

Для продолжения разворачивание внутренней динамики исцеляющего процесса, третьим этапом упражнения автор предложил понаблюдать за ощущениями тепла и расслабленности в ногах и спине и по «кон-



тактировать» с этими приятными ощущениями. После выполнения третьего этапа пациентка обнаружила, что пальцы ног и стопы стали очень свободными, как будто из них ушло все напряжение, появилось ощущение подвижности и легкости. В результате однократного применения упражнения боли в ногах не было в течение ночи и всего следующего дня, появились только вечером, снизилась их интенсивность и ушли прерывающие ночной сон боли и жжение.

Использование процессуально-медитативных метаприемов, позволило в короткий срок создать упражнение, активизирующее исцеляющий процесс, через которое можно получить самопомощь, облегчение болезни, добиться снижения болевых ощущений и получить доступ к приятным переживаниям.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Кабат-Зинн Дж.* Самоучитель по исцелению. – Мн.: Попурри, 2002 – 496 с.
2. *Кукушкин М.Л., Табеева Г.Р., Подчуфарова Е.В.* / под. ред. Яхно Н.Н. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение. М.: Има-пресс, 2011. – 79с.
3. *Осипова Н.А., Абузарова Г.Р., Петрова В.В.* Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А.Герцена Минздравсоцразвития России», 2010. – 67с.
4. *Хайкин А.В.* К методологии медитативных и процессуальных практик саморегуляции [Электронный ресурс] /А.В. Хайкин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. – №7. – С.16–19. <http://medconfer.com/files/archive/Bulletinof-MIC-2011-07.pdf#page16> (дата обращения: 30.05.15).
5. *Хайкин А.В.* Процессуальные методы в единстве и многообразии (методологический аспект). [Электронный ресурс] /А.В. Хайкин // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2015. № 2 (9). Режим доступа: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=135> (дата обращения: 02.06.15).
6. *Япко М.* Трансовая работа: Введение в практику клинического гипноза: Пер. с англ. – М.: Психотерапия, 2013. – 720 с.
7. *Elkins G., Jensen M., Patterson D.* Hypnotherapy for the management of chronic pain. / International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2007. – № 55:3, p. 275 – 287
8. *Montgomery G., DuHamel K., Redd W.* A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? / International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2000. – №48, p. 138–154

#### **The case of the use of meditative and process oriented meta-expedients to treat chronic pain .**

*Anokhin M. S.*  
(Rostov-on-Don, Russia)

**Abstract.** The article describes a case of application exercises for the treatment of chronic pain, developed on the idea of meditative and process oriented approach. Described used in the development of meditative and process oriented meta-expedients.

**Keywords:** meta-expedients, meditation, process oriented approach.

# БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ВЗГЛЯДЫ И ПОДХОДЫ

КУДАЕВ А. Е.  
(Ростов-на-Дону, Россия),  
ЗАМЛЕЛАЯ И. В.  
(Ростов-на-Дону, Россия),  
ХОДАРЕВА Н. К.,  
(Ростов-на-Дону, Россия)  
БАРСУКОВА Л. П.,  
(Ростов-на-Дону, Россия).

## Резюме.

*Представлены данные о влиянии многоуровневой системной адаптивной диагностики и терапии в сочетании с программой «Спектр» на психофизиологические и адаптивные процессы в формировании бронхиальной астмы.*

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, биорезонансная терапия, программа «Спектр», неспецифические адаптационные реакции организма, метод газоразрядной визуализации.

УДК 616-036.66+616.248+616-073.8

Бронхиальная астма (БА) представляет глобальную проблему здравоохранения, которая, по оценкам ВОЗ, ежегодно обуславливает потерю 15 миллионов DALY (Disability Adjusted Life Year — год жизни, измененный или потерянный в связи с нетрудоспособностью) и сопровождается существенными денежными затратами. Бронхиальной астмой в мире страдает около 300 млн. больных, а смертность от этого заболевания составляет 250000 человек в год.

В настоящее время существует несколько взглядов на этиопатогенез бронхиальной астмы, при этом, на противоположных полюсах располагаются психосоматический и соматический подходы. Каждая из этих концепций во главу развития заболевания ставит различные пусковые факторы, довольно часто игнорируя те, которые находятся на противоположном полюсе.

Соматическая концепция отражена в международном согласительном документе GINA – Global Initiative for Asthma — Глобальная инициатива по борьбе с астмой, 2014 [12]. В нем бронхиальную астму рассматривают как хроническое воспалительное

заболевание дыхательных путей, которое ассоциируется с гиперреактивностью дыхательных путей, что приводит к повторным эпизодам свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди или кашля, особенно ночью или рано утром. Эти симптомы связаны с вариабельной генерализованной обструкцией дыхательных путей, возникающей при воздействии различных факторов риска и часто обратимой (спонтанно или под влиянием лечения). В случае аллергической бронхиальной астмы причина воспаления — ингаляционные аллергены. Среди неаллергических факторов риска выделяют табачный дым, вирусные респираторные инфекции, профессиональные сенсibilизаторы (ирританты, соли платины) и лекарственные средства, загрязнение воздуха, питание. Среди внутренних факторов риска развития бронхиальной астмы отмечены генетическая предрасположенность, ожирение, пол (женщины и мальчики чаще болеют бронхиальной астмой). Выделяют еще один фактор риска — эмоциональный стресс и связанную с ним гипервентиляцию и гиперкапнию. Однако указано, что: «...бронхиальная астма



не относится к психосоматическим заболеваниям...», а значит и отрицается роль психологических факторов в развитии заболевания. Из представлений о воспалительной природе заболевания следует важнейший практический вывод — основой лечения бронхиальной астмы должны быть мероприятия, направленные на уменьшение воспаления бронхов, а именно, уменьшение воздействия факторов, вызывающих и усиливающих воспаление, применение противовоспалительной терапии.

Психосоматическая концепция в основу ставит психологические факторы, приводящие к появлению или обострению соматического заболевания. Так, согласно Н. Пезешкиану «... приступ астмы провоцируется одновременным предъявлением больному слишком многих требований (достижения), при столкновении с несправедливостью. Так как вследствие подавления агрессии он не может открыто конфронтировать с окружением, не может аргументированно изъясниться или выругаться, а сдерживается (конфликт вежливость — прямота), он особенно следит за мнимыми или действительными реакциями своего окружения...» [7]. Обострения заболевания происходят, как правило, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество [6]. Огромную роль в манифестации заболевания имеет особенности «профиля личности» пациента – склонность к «подавлению депрессии и агрессии» [15], «сдерживание реакций на фрустрирующие ситуации» [13, 14], «повышенная нервозность, чрезмерная возбудимость либо вялость, повышенная истощаемость», «высокая тревожность» [8]. Для пациентов с бронхиальной астмой «профиль личности» ассоциируется с проявлениями алекситимии [11, 16, 17, 18]. Бронхиальная астма может выступать в роли защитного механизма, сформировавшегося из-за различных внутри- и межличностных конфликтов детского возраста [9], «...а внешние проявления зависят от личностных особенностей пациентов, варианта поведения, которое санкционируется в данной микросоциальной среде и служит целям адаптации пациента...» [6]. В данной концепции психотерапевтическое лечение направлено «на повышение жизненных способностей,

способности брать на себя ответственность за свою жизнь», «коррекцию на личностном и микросоциальном уровнях».

Существуют методы в той или иной степени сочетающие эти две разнополюсные концепции. Например, «Германская новая медицина» онколога, доктора Р.Г. Хамера [10], рассматривает любое заболевание как Целесообразную Биологическую Спецпрограмму природы, созданной ею для оказания индивиду помощи в период переживания эмоционального и психологического дистресса (шока). Данный подход базируется на анализе более чем 50 000 историй болезни, данных магнитно-резонансной томографии и показывает связь определенного вида психологической травмы с «очагом Хамера» в головном мозге и последующем развитием заболевания, как инфекционной, так и неинфекционной природы. Для выздоровления необходимы не только лекарственные препараты, но и разрешение психологического конфликта.

Другим методом, объединяющим две полярные точки зрения, является биорезонансная терапия и, в частности, многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия (МСАДТ) [4], которая в лечебном процессе учитывает и соматическую природу заболевания, и психологические аспекты его развития.

МСАДТ в сочетании с программой «Спектр» позволяет:

- подобрать информационный препарат на инфекционный, аллергический агент и нивелировать этиологический фактор развития заболевания;
- подобрать информационный препарат на ту или иную систему организма и разорвать патогенетическую цепочку заболевания;
- использовать психодиагностические методологические подходы в виде стимульного материала (колоды карт), как для диагностики, например, ведущего жизненного радикала, актуальной эмоции, так и для разрешения внутри- и межличностного конфликта, изменения паттерна поведения и т.д.;
- подобрать цвет, т.е. использовать цветотерапию;
- подобрать музыку, т.е. использовать музыкотерапию;



- подобрать ритм мозга, частота которого будет наиболее эффективна в лечебном процессе.

Соединяя указанные параметры воедино, мы получаем информационный препарат — «Отклик» — реакцию организма на представляемый раздражитель (визуально-стимульный материал — картинки, видео-, аудиоматериалы).

Стимульный материал представлен следующими колодами карт:

- Метафорические ассоциативные карты: Persona (Персона), ОН Cards (карты «ОН»); СОРЕ (Преодоление) позволяют подобрать визуальную картинку проблемной ситуации;
- карты проективного личностного теста Сонди позволяют выявить ведущий жизненный радикал (вектор направленности);
- карты психодиагностического теста исследования личности Роршаха позволяют оттестировать актуальные потребности личности, заключенные в симметричных аморфных изображениях стандартных таблиц;
- созданные непосредственно «МЦИТ «Артемиды» карты:
  - ◆ карты эмоций позволяют выявить актуальные эмоции,
  - ◆ карты стихий, страхов позволяют выявить актуальные страхи,
  - ◆ карты планет и знаки зодиаков — это система графических образов, применяемых для настройки психики пациента, своеобразный «судьбологический цигун»;
  - ◆ карты 12 колен Израилевых описывают характер человека,
  - ◆ карты микроэлементов — спектрограммы микроэлементов, позволяют подобрать тропный микроэлемент в зависимости от уровня тестируемого нарушения биологической системы: ядерного, клеточного, межклеточного, системного и т.д.,
  - ◆ карты хромосом представляют собой спектрофотометрическую картину совокупности нуклеотидов нуклеиновых кислот, содержат наследственную информацию и гены, ответственные за развитие того или иного заболевания,

В зависимости от уровня выявленных нарушений биологической системы, резервов организма проводится терапия «Отклик» в одном из двух вариантов — компенсирующем или декомпенсирующем систему.

С 2007 г. проведенные сравнительные исследования свидетельствуют о направленном влиянии биорезонансной терапии, и в частности, МСАДТ [1, 4], как на психологические, так и соматические компоненты развития заболевания. В настоящее время к выпуску готовится аппарат, который в сочетании с программой «Спектр» позволит психологам использовать биорезонансные подходы в своей психотерапевтической практике.

**Клинический пример:** пациентка Р., 1964 г.р., с диагнозом: Бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести и длительностью заболевания 7 лет, использует бета-2-агонисты короткого действия — сальбутамол по требованию и комбинированный препарат симбикорт 160/4,5 (будесонид, формотерола фумарат) 2 ингаляции в сутки. Дневные приступы отмечаются от 3 до 7 раз в сутки, ночные до 2-х раз в неделю, функция легких (ПСВ, ОФВ1) не нарушена, что говорит о неконтролируемой бронхиальной астме.

Пациентке было проведено исследование и биорезонансная терапия в несколько этапов:

1. Исследование с использованием метода газоразрядной визуализации (съемка исходного изображения 10 пальцев рук пациентки) — фон.

2. Исследование неспецифических адаптационных реакций организма (НАРО) на основании оценки лейкоцитарной формулы крови — фон.

3. Вегетативное резонансное тестирование с созданием информационных препаратов по авторской методике МСАДТ [3], с выявлением и коррекцией слабого, предслабого органа и участка головного мозга.

4. Оценка направления и эффективности биорезонансной терапии с помощью биоэлектрографического исследования.

5. Контроль неспецифических адаптационных реакций организма на 2 и 4 сутки после биорезонансной терапии.



## Материалы и методы исследования

Газоразрядная визуализация (ГРВ), или биоэлектрография, или кирлианография — это компьютерная регистрация и анализ изображений свечения газового разряда, индуцируемого электронно-оптической эмиссией объекта, в том числе и биологического, помещённого в электромагнитное поле высокой напряжённости. Регистрация газоразрядного изображения осуществлялась с использованием программного комплекса «GDV Camera» [3, 5]. В качестве объекта нами использовались 10 пальцев рук пациента. Компьютерная обработка полученных изображений осуществлялась с помощью программ «GDV Diagram», «GDV Qualification», «GDV Scientific Laboratory», «GDV Tolerance». Для статистической обработки полученных данных использовался критерий знаков и Вилкоксона.

Оценка неспецифических адаптационных реакций организма осуществлялась по методике Гаркави Л.Х., подсчет лейкоцитарной формулы проводился не менее чем на 200 клеток [2]. Критерии адаптационных реакций оценивались по сигнальному показателю — процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле, напряженность реакций — по содержанию эозинофилов, палочкоядерных нейтрофилов, моноцитов, базофилов.

МСАДТ выполнялась на оборудовании фирмы «ИМЕДИС» (аппарат «Мини-Эксперт-ДТ», аппарат «ИМЕДИС-БРТ-ПК» (комплектация 2, модуль «Медикаментозный СЕЛЕКТОР»)), аппарате «Золотое сечение»,

использовалась программа «Спектр», являющиеся авторскими разработками «МЦИТ «Артемиды» [4].

## Результаты исследования и обсуждение

В результате вегеторезонансного тестирования установлено: предслабый орган — диафрагма, слабый — толстый кишечник, что свидетельствует о ведущей роли спазма диафрагмы в развитии приступов бронхиальной астмы у данной пациентки. Актуальные эмоции — беспокойство, злость, радость.

При анализе ГРВ-грамм до и после приема информационных препаратов в программе «GDV Scientific Laboratory» установлены статистически достоверные различия.

По данным программ «GDV Qualification» до проведения МСАДТ у пациентки Р. выявлены дезадаптационное состояние и донозологические изменения, отмечался низкий интегральный коэффициент, энергодефицит и высокий функционально-энергетический индекс. После приема информационных препаратов отмечено активизирующее влияние на психофизиологическое состояние пациентки (табл. №1, №2): повысились интегральный коэффициент, функционально-энергетический индекс; исчезли энергодефицит и симметрия энергодефицита. Исчезли симптомы дезадаптационного состояния и донозологических качеств, появились психофизические качества, характерных для более высокого уровня реактивности (целеустремленность, уверенность в себе, психическая саморегуляция).

Таблица №1

### ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТКИ Р. НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНФОРМАЦИОННОГО ПРЕПАРАТА.

	Интегральный коэффициент	Функционально-энергетический индекс	Функционально-энергетический баланс	Энергодефицит	Симметрия энергодефицита
1	-118	26,7	21	73,3	50
2	88	100	12	0	0

1 — первичное обследование методом ГРВ;

2 — обследование пациентки методом ГРВ через 15 минут после приема информационных препаратов.



Таблица №2

**ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТКИ Р.  
НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНФОРМАЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ.**

№	AC	PF	SR	ST	RG	IN	DR	AA	DT	II	TH	SL	VD	ED	NC
1	+			+		+			+	+		+			
2	+	+	+	+	+										

1 — первичное обследование методом ГРВ;

2 — обследование пациентки методом ГРВ через 15 мин после приема информационных препаратов.

**Спортивно важные качества:**

AC — активность,

PF — целеустремленность,

SR — уверенность в себе,

ST — стресс-устойчивость,

RG — психическая саморегуляция.

**Донозологические качества:**

IN — интроспекция,

DR — неразрешимые сновидения,

AA — немотивированная тревожность,

DT — снижение работоспособности,

II — вспыльчивость.

**Деадапционные состояния:**

TH — тревожно-ипохондрические состояния,

SL — стремление к одиночеству,

VD — вегетативная дисфункция,

ED — энергодефицитные состояния,

NC — необходимость обследования.

По данным «GDV Tolerance» отмечено снижение агрессии с 27,44 (высокий) до 19,71 (нормальный), при сохранении высокого уровня тревожности.

Исходно неспецифические адаптационные реакции организма соответствовали стрессу высокой этажности. НАРО на фоне приема информационных препаратов: формировалась реакция тренировки, что свидетельствовало о секреции глюко-

кортикоидов в пределах верхней половины зоны нормы и оказании ими мягкого противовоспалительного действия без угнетения иммунной системы (табл. №3). Это указывало на активацию собственной противовоспалительной системы организма и снижение значимости раздражающих стимулов, ответственных за провоцирование приступа бронхиальной астмы.

Таблица №3

**ИЗМЕНЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА  
ПАЦИЕНТКИ Р., НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНФОРМАЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ.**

№	Базо-филы	Эозино-филы	Нейтрофилы палочко-ядерные	Нейтрофилы сегменто-ядерные	Лимфо-циты	Моно-циты	НАРО
1	0	2	3,5	68,5	16	10	Стресс
2	0,5	5	5	61,5	18	10	Стресс
3	0	5	4	65	18	8	Стресс
4	0	3	5	62,5	24,5	5	Тренировка

1 — первичное обследование;

2 — обследование через 15 минут после приема информационных препаратов;

3 — обследование на 2-е сутки на фоне приема информационных препаратов;

4 — обследование на 4-е сутки на фоне приема информационных препаратов.



Оценка субъективного состояния пациентки на седьмые сутки терапии показала, что на фоне применения информационных препаратов частота дневных приступов уменьшилась до 2-х, ночные приступы исчезли, функция внешнего дыхания, по данным пикфлоуметрии, сохранялась в норме, что говорит о контролируемой бронхиальной астме, достигнутой без изменения доз противовоспалительной лекарственной терапии.

#### ВЫВОДЫ:

1. Коррекция нарушений психологической составляющей этиопатогенеза соматических заболеваний способствует значительному повышению эффективности проводимой терапии.

2. Многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия является эффективным методом лечения психосоматических заболеваний, в частности бронхиальной астмы.

3. Многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия в сочетании с программой «Спектр» позволяет воздействовать на соматический и психологический компоненты развития заболевания.

4. Полученные данные показывают целесообразность продолжения плацебо-контролируемых исследований МСАДТ при психосоматических заболеваниях.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Винокуров В.В.* Изучение энергоинформационных управляющих сигналов с помощью метода ГРВ на примере системных духовных адаптантов. В кн.: Тезисы и доклады XIII Международной конференции «Теоретические и клинические аспекты биорезонансной и мультирезонансной терапии». М 2007;1:367–371.

2. *Гаркави Л.Х.* Активационная терапия. Антистрессовые реакции активации и тренировки и их использование для оздоровления, профилактики и лечения. – Ростов н/д: Изд-во Рост. Ун-та, 2006. – 256 с.

3. *Коротков К.Г.* Основы ГРВ биоэлектрографии. – СПб: СПбГИТМО (ТУ), 2001 – 360 с.

4. *Кудаев А.Е., Мхитарян К.Н., Ходарева Н.К.* Многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия. – Ростов н/д: Издательство СКНЦ ВШ ЮФУ АПСН, 2010. – 376 с.

5. Метод газоразрядной визуализации (ГРВ) в практике врача-исследователя // Методическое пособие для врачей под ред. проф. Полушина Ю.С., СПб, 2003, 40 с.

6. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2008 – 1024 с. – (Новейший справочник психолога)

7. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. / Носсрат Пезешкиан. – 3-е издание. – М.: Институт позитивной психотерапии, 2009. – 464 с. – (серия «Позитивная психотерапия»)

8. *Тхостов А.Ш., Арина Г.А.* Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990, с. 32–38.

9. *Федосеев Г.Б., Куприянов С.Ю.* Бронхиальная астма как способ психологической адаптации к микросоциальной среде. – Тер. Архив, 1985, № 5, с. 31-36.

10. *Хамер Райк Герд,* Научная карта Германской Новой медицины / Перев. с англ. О. Матвеева. – М.: Белые альвы, 2012. – 164 с.: ил.

11. *Brown E. L., Fukuhara J. T., Feiguine R.J.* Alexithymic asthmatics: The miscommunication of affective and somatic states. – *Psychother Psychosom.* 1981, N 36, p. 116–121.

12. GINA report, global strategy for asthma management and prevention, 2014 <http://www.ginasthma.org/>

13. *Groen J.J.* Clinical Research in Psychosomatic Medicine. Assen 1982.

14. *Groen J.J., Pelsers H.* Experiences with and results of group psychotherapy in-patients



with bronchial asthma. – J. Psychosom. Res., 1960, Vol.4, p. 191–205.

15. *Mellet P.* The birth of asthma. – J. Psychosom. Res., 1978, Vol.22, p. 239-246.

16. *Nemiah J.C.* Denial Revisited: Reflections on Psychosomatic Theories. – Psychother. Psychosom., 1975, Vol. 26, p.140–147.

17. *Nemiah J.C., Sifneos P.E.* Psychosomatic illness and problem of communication. Psychother Psychosom 1970; 18: 154–160.

18. *Sifneos P.E.* Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. Psychother. Psychosom., 1973a, 26, 65–70.

### **Asthma: views and approaches**

*Kudaev Alexander E.,*  
(Rostov-on-Don, Russia),  
*Zamlelaya Irina V.,*  
MD, (Rostov-on-Don, Russia),  
*Khodareva Nina K.,*  
MD, (Rostov-on-Don, Russia),  
*Barcukova Lyudmila P.,*  
(Rostov-on-Don, Russia).

**Resume.** The data on the impact of adaptive multilevel system of diagnosis and treatment in conjunction with the program "Spectr" at the physiological and adaptive processes in the formation of bronchial asthma.

**Keywords:** bronchial asthma, bioresonance therapy, the program «Spectr», non-specific adaptation reactions of the body.

# НЕИНВАЗИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

ШЕМЕРОВСКИЙ К.А.,  
(Институт Экспериментальной Медицины, Санкт-Петербург, Россия)

## Аннотация.

*В работе представлены преимущества раннего донозологического подхода к профилактике колоректального рака по сравнению с поздним колоноскопическим подходом. Основными преимуществами донозологического подхода к предотвращению возникновения рака толстой кишки являются следующие: неинвазивность и безвредность. Неинвазивность метода хроноэнтерографии является залогом доступности донозологического подхода для всех слоев населения по сравнению с дорогостоящим методом колоноскопии. Безвредность донозологического подхода с ранним выявлением брадиэнтерии исключает такие возможные осложнения колоноскопии как кровотечения, перфорации толстой кишки и даже летальные исходы. Донозологический подход имеет существенные преимущества к профилактике рака толстой кишки.*

**Ключевые слова:** колоректальный рак, профилактика, хроноэнтерография, брадиэнтерия

УДК 613.6.01+616-006.6

Проблема внедрения донозологического подхода в оздоровление жизненного потенциала России при формировании здорового образа жизни является актуальной проблемой охраны здоровья современного человека [1]. Проблема заболеваемости и смертности от колоректального рака в последние десятилетия является одной из ключевых проблем современной онкологии. В целях уменьшения величины смертности от колоректального рака проводят колоноскопический скрининг по выявлению колоректального рака у лиц в возрасте после 50 лет. Однако, уже встречаются случаи диагностики колоректального рака в возрасте 30-40 лет. Для самой ранней первичной профилактики колоректального рака может быть использован донозологический подход, позволяющий диагностику самых ранних функциональных отклонений в деятельности толстой кишки, причем в более раннем возрасте (около 20 лет), еще до возникновения органических повреждений кишечника.

В данной работе представлены преимущества донозологического подхода к неинва-

зивной профилактике колоректального рака. Задачей работы было сравнение преимуществ донозологического подхода к профилактике заболеваемости колоректальным раком с недостатками позднего инвазивного колоноскопического подхода.

Применяли метод хроноэнтерографии (недельный мониторинг циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника) и анкетирование с помощью специально разработанных опросников, направленных на выявление нарушений частоты, регулярности и акрофазы циркадианного ритма дефекации [2]. Обследовано 2500 работающих медиков в возрасте от 24 до 75 лет, а также проанализированы истории болезни 100 оперированных пациентов по поводу преимущественно III и IV стадий колоректального рака. Представлены статистические данные по колоректальному раку

Заболеваемость колоректальным раком в России ежегодно составляет около 55000 случаев (в 2007 году было зарегистрировано 54783 новых случаев рака толстой кишки). Заболеваемость населения Санкт-Петербурга колоректальным раком (более



2500 случаев в год) в 2007 году превысила все виды онкологической заболеваемости: колоректальный рак — 2672 случая. За 2013 год в Санкт-Петербурге выявлен 3001 новый случай колоректального рака.

Усилия онкологов направлены на диагностику уже возникшего рака толстой кишки (по наличию крови в стуле), а также на лечение поздних стадий (III и IV) колоректального рака. Из общего числа 97091 колоноскопий в 159 случаях имело место кровотечение, в 82 случаях — перфорация толстой кишки, а в 7 случаях — летальный исход, что свидетельствует об опасности инвазивного подхода для профилактики рака толстой кишки в виде колоноскопии [4].

Одним из ключевых факторов риска возникновения рака толстой кишки является нарушение регулярности ритма дефекации в виде хронического запора [3]. Хронический запор приводит к повышению риска развития колоректального рака в среднем в 2,5 раза [5].

Ритм дефекации является одним из фундаментальных циркадианных ритмов (с периодом  $24 \pm 4$  часа) организма человека. Физиологически нормальным ритмом стула является дефекация в утренние часы. Несвоевременность акрофазы циркадианного ритма дефекации (отсутствие утреннего стула) оказалась главным фактором риска запора. Значимость соблюдения утренней акрофазы (48%) оказалась соизмеримой с совокупной значимостью трех других факторов этой регулярности (адекватное питание — 15%, достаточная физическая активность — 18% и оптимальный период сна — 19%). При соблюдении утренней акрофазы ритма стула риск запора был минимальным — до 10%. При отсутствии утренней акрофазы ритма стула риск запора возрастает почти в четыре раза — до 40%. Ожирение (как фактор риска рака толстой кишки) у лиц без запора выявлялось в 7% случаев, а у лиц с запором — в 24% случаев, следовательно, запор при ожирении повышает риск рака толстой кишки почти в 3 раза.

Донозологический подход к профилактике колоректального рака предполагает проведение неинвазивного скрининга и устранения нерегулярности ректального

ритма — как одного из самых ранних донозологических факторов риска колоректального рака.

Донозологический скрининг замедления циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника состоит в элементарном определении частоты и акрофазы этого ритма. Для диагностики снижения нормальной частоты стула (в норме дефекация является циркадианным ритмом с периодом  $24 \pm 4$  часа) и сдвига акрофазы ритма кишечника (от утренних часов в послеполуденное и вечернее время) вправо каждому врачу необходимо задать пациенту два ключевых вопроса. Первый вопрос о ежедневности опорожнения кишечника: «В каждый ли из 7 дней недели у вас обычно бывает опорожнение кишечника?». Второй вопрос об акрофазе циркадианного ритма стула: «В какое время суток у вас чаще всего бывает опорожнение кишечника?»

Отсутствие утреннего стула является самым ранним элементом нарушения регулярности ритма кишечника чаще всего из-за произвольного подавления естественного утреннего позыва к его опорожнению. Сдвиг акрофазы ритма стула с утренних часов в послеполуденное или вечернее время способствует возникновению самых ранних нарушений частоты дефекации. Первая стадия брадиэнтерии диагностируется при частоте стула 5–6 раз в неделю. Вторая стадия брадиэнтерии — при частоте стула 3–4 раза в неделю. Со временем первые две функциональные стадии брадиэнтерии переходят в хронический запор при частоте стула менее 3 раз в неделю (1–2 раза в неделю — третья стадия брадиэнтерии).

Таким образом, преимущества донозологического подхода к профилактике колоректального рака состоят в неинвазивности метода хроноэнтерографии, безвредности скрининга брадиэнтерии и профилактичности выявления самых ранних донозологических стадий брадиэнтерии, которая является доказанным фактором риска рака толстой кишки. Еще одним преимуществом донозологического подхода к профилактике рака толстой кишки является возможность ранней диагностики функционального состояния брадиэнтерии с помо-



щью неинвазивной хроноэнтерографии уже в детском возрасте.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Захарченко М.П., Захарченко М.М., Захарченко В.М., Мазур З.М., Панов В.П. Проблема – 2012. – №2 (11) – С. 65-70.

2. Шемеровский К.А. Хроноэнтерография – мониторинг околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2002. – Том 133, №5. – С. 582-584.

3. Шемеровский К.А. Запор — фактор риска колоректального рака // Клиническая медицина. – 2005. – №2. С. 60–64.

4. Rabeneck L et al. Bleeding and perforation after outpatient colonoscopy and their risk factors in usual clinical practice. *Gastroenterology* 2008 Dec; 135 (6): 1899–1906.

5. Talley N.J., Lasch K.L., Baum C.L. Хронический запор и сопутствующие состояния: пробелы в понимании проблемы // Клиническая Гастроэнтерология и Гепатология. Русское издание. – 2 009. – Т.2, № 6. – С. 446–456.

#### Noninvasive prevention of colorectal cancer

*Shemerovskii K.A.,*

Doctor of Medical Sciences (Institute of Experimental Medicine, St-Petersburg, Russia)

**Abstract.** Main advantages of prenosological approach for prevention the cancer of colon are the following: non-invasive and harmless. Primary prevention of occurrence of tumors by the early diagnosis of main risk factor for colorectal cancer — functional colorectal coprosthesis — is significantly more effective than colonoscopies prevention of mortality from colorectal cancer. Noninvasive method of chronoenterography is a guarantee availability prenosological approach for all segments of the population compared to the expensive method of colonoscopy. Harmlessness prenosological approach excludes those possible complications of colonoscopy as bleeding, perforation and even fatal outcomes. Prenosological approach has very important advantages for the prevention of colon cancer.

**Keywords:** colorectal cancer, prevention, chronoenterography, bradyenteria.

# РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

## ГЛУБИННЫЕ МЕТОДЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ

АХМАДУЛЛИНА А. А.,  
(Казань, Россия)

### Аннотация

*В данной статье проведен библиографический анализ подходов, российских и европейских авторов, а также нетрадиционных подходов взаимодействия человека с энерго-информационной средой. Рассмотрены пути развития эмоционального интеллекта, как одного из важных качеств субъекта, описаны практические упражнения — для развития психоэнергетической составляющей человека.*

**Ключевые слова:** *субъект, пространственное взаимодействие, внешняя и внутренняя активность, эмоциональный интеллект, саморегуляция.*

УДК 159.98

*Мы работаем над чем угодно и для чего угодно, только не над своими чувствами. Они как беспризорники, они пущены на самотек! Обидели – обижаешься, оскорбили – психуешь, рассмешили – смеешься. А где ты сам?! Надо научиться самому управлять своими чувствами: хочу – буду веселым, хочу – буду обожать свою работу, хочу – влюблюсь.*

**Цитата из к/ф  
«Влюблен по собственному желанию»**

Постепенно меняющаяся, насыщенная событиями жизнь в современном мире вынуждает человека быстро, эффективно выстраивать взаимодействия для достижения успешности и результативности. При этом,

активность личности, качество создаваемых отношений, способность к диалогу, безусловно, определяет эффективность и реализацию, активно влияет на формирование адаптационных механизмов личности. Укрепляя



«защиту», плывя по течению или проходя через них, создавая свое жизненное пространство отношений, смыслов, стратегии в процессе социализации, человек становится творцом своей жизни.

**Методологической основой** работы явились общетеоретические положения, составившие основу принципиальных представлений о развитии личности, сформулированные Б.Г. Ананьевым [4; 5; 6], Л.С. Выготским [9], А.Н. Леонтьевым [14], Б.Ф. Ломовым [14], С.Л. Рубинштейном [17], Д.Б. Элькониным [19] и их последователями; положение о человеке как субъекте собственной жизнедеятельности (А.К.Абульханова-Славская [2, 3], А.А. Бодалев, А.В. Брушлинский [8], Л.М. Попов и др.); методологические идеи о детерминированности развития личности социальными факторами (Г.И. Андреева, Л.И. Анцыферова, Д.А. Леонтьев [14], В.А. Ядов и др.), и необходимостью введения каждого человека на наивысший для него уровень развития, акме (Б.Г. Ананьев). Социально-психологические представления о личности с позиции субъектно-деятельностного подхода содержатся в трудах С. Л. Рубинштейна. Как справедливо указывает К. А. Абульханова, единым логическим основанием, основной идеей, основным направлением внутренних связей его философской и психологической концепции является идея субъекта.

Высказав кардинальное положение о включении человека в состав бытия, Рубинштейн считает субъектность наиглавнейшим механизмом этой включенности. Взаимоотношения человека с миром осуществляются в разных формах — познавательной, деятельностной и отношенческой. В последней заключается отношение человека к другому человеку. Все эти формы отношений, составляющих сущность субъекта, складываются в деятельности: «Субъект и в своем познании, и в своем действии, и в своем отношении к другому субъекту уничтожает (каждый раз специфическим способом) внешность, внеположность объекта и другого субъекта, преодолевает его обособленность, обнаруживает (познанием), преобразует (действием), усиливает своим отношением к нему сущность другого человека» [3].

Принцип субъектности (субъекта) неразрывно связан в концепции Рубинштейна с деятельностным принципом. Деятельность выступает как один из типов активности субъекта, как способ его отношения к действительности. Активность субъекта выражается, по мнению Рубинштейна, в формах самодетерминации, самопричинения, самодеятельности. В этих формах отражается сущностная характеристика субъекта.

В субъекте связываются познавательные и деятельностные характеристики психологии человека. Субъект выступает как основание связи сознания и деятельности. И, как отмечает К. А. Абульханова [2], в принципе единства сознания и деятельности реализуется субъектный подход в психологии. В двучленную формулу сознание — деятельность вводится третий член — субъект. И в этом смысле субъектно-деятельностный подход превращается в новую парадигму построения психологической науки. Для социальной психологии ключевой является идея о модусе субъекта. Постановка проблемы связи сознания и деятельности требовала ответа на вопрос о субъекте этой связи. Этим субъектом является личность. В личности как в фокусе сосредотачиваются отражательный, познавательный аспекты сознания и его качества отношения, переживания, стремления. В социально-психологических качествах личности, выражаемых в ее интересах, идеалах, направленности, мировоззрении, синтезируются ее познавательные, отношенческие механизмы, регулирующие эти отношения. Сложные системы связей и отношений человека к миру, другим людям, к себе выражаются в краткой и емкой форме, личность является субъектом жизни.

Развитие и конкретизация субъектно-деятельностного подхода содержится в трудах К. А. Абульхановой. Вклад Абульхановой в разработку социально-психологических проблем личности заключается в «развертке» основных категорий этого подхода. В концепции Абульхановой по-новому представлена категория деятельности. Сама деятельность выступает как форма существования активности. Сам субъектно-деятельностный подход преобразуется в активно-субъектный подход. Активность выступает главным объектом исследования как атрибут личности. Активность



определяется «как жизненно-функциональные высшие способности, обеспечивающие (или нет) возможность быть субъектом» [1].

Активность выступает как «интеграл притязаний, саморегуляции и удовлетворенности, как способность и способ самовыражения, самореализации личности...» (там же). Конкретными формами проявления активности, выступающими как социально-психологические характеристики личности, являются инициатива и ответственность. Определяя разноплановые характеристики активности как качества, состояния субъекта, Абульханова дает ее обобщенную характеристику. Активность — это системное качество личности, включающее в себя различную направленность, разный жизненный опыт, обобщающий те или иные стратегии жизни. В этом смысле активность характеризует личность как субъект жизненного пути. В результате исследования жизненного пути были выделены 3 его взаимосвязанные структуры: жизненная позиция, жизненная линия и смысл или концепция жизни.

За последние 10 лет ритмы жизни сильно изменились. Это связано с жесткой конкуренцией, требованиями к качеству выпускаемой продукции, к персоналу, к работникам. Если мы остаемся такими же, как прежде, это означает крах. Нужно меняться, и начинать нужно с самого себя. Важными и актуальными остаются наличие субъекта, что означает активную жизненную позицию, обретение смысла, способность к рефлексии. Важным критерием также является умение управлять своими эмоциями, удерживая выбранную жизненную стратегию. Срываясь и не понимая, что происходит на эмоциональном уровне со мной, с собеседником, человек проваливает переговоры, портит отношения с подчиненными, начальством, коллегами, сходит при это с коллеи. В настоящее время Эмоциональный интеллект является важной составляющей нашей жизни.

Умение «останавливать негативные эмоции, распознавать и направлять в нужное русло — это задача не из легких. Причем с данной проблемой мы сталкиваемся как на работе, так и в семье, в социальной сфере. Быть эмоционально грамотным человеком — это гарантия вашей эффективности и в делах и в личной жизни.

Если сравнивать работника с развитым эмоциональным интеллектом и не развитым, мы видим выигрыш в пользу первого. Умение выстраивать отношения в коллективе и на работе, получать дополнительную информацию с помощью эмоционального интеллекта конечно же повышает вашу эффективность. Эрл Шоррис, социальный критик и автор книг, сравнивая гуманитарное и профессиональное образование, выявил что первое намного сильнее преобразует жизнь бедных и обездоленных людей. Курс гуманитарных дисциплин «Clemente Course», который Бардовский колледж предлагал бедным, знакомит слушателей — бездомных, асоциальных маргиналов, иммигрантов и вылечившихся алкоголиков — с поэзией, историей искусств, греческим театром и философией. Буш убежден, что образование повышает эмоциональный интеллект, хотя он и не пользуется этим термином [13].

#### ***Нужны ли эмоции в бизнесе, в консультировании?***

Эмоции несут информацию. Мы принимаем решения не только логикой. Эмоции влияют на наше мышление и участвуют в процессе принятия решений. Известный нейробиолог Антонио Дамасио написал книгу под названием «Ошибка Декарта» [7]. Я мыслю — следовательно существую было заменено на я чувствую-следовательно существую. Дэниел Канеман [10] получил нобелевскую премию по экономике за доказательство того факта, что на принятие экономических решений влияют нерациональные факты, в том числе и эмоции.

Это не означает, что на принятие решений влияют только эмоции. Интеллект по-прежнему необходим для просчета последствий выбора каждой альтернативы. Учет эмоционального фактора позволяет делать более разумный выбор!

Определение эмоционального интеллекта — это способность человека оперировать информацией, содержащейся в эмоциях. Человек с высоким уровнем EQ может учитывать эту информацию и наиболее эффективно (компетентным образом) ее использовать. Эмоциональный интеллект на практике проявляется как эмоциональная компетентность: умение осознавать свои



эмоции, умение осознавать эмоции других, умение управлять своими эмоциями, умение управлять эмоциями других.

*Анатолий Тихомиров «Эмоциональный интеллект» выделяет три уровня развития эмоционального интеллекта [18]:*

1. Подавленность своими эмоциями. Низкая самооценка, вина и депрессия показывают на низкий эмоциональный интеллект. Человек не может разобраться в себе и в причине своих чувств. У него портится настроение, и он становится не в состоянии эффективно взаимодействовать с внешним миром. Это означает полный личный неуспех (недоволен собой) и социальный неуспех (ничего не достиг).

2. Управление эмоциями. Дисциплина показывает на развитый эмоциональный интеллект. Здесь человек понимает часть своих скрытых мотивов и учится управлять своим состоянием, временем, мотивировать себя. Такой подход позволяет эффективно взаимодействовать с внешним миром, достигать некоторых целей и добиваться некоторых успехов.

3. Наблюдение за эмоциями. Просветление означает наивысший эмоциональный интеллект. Человек перестаёт быть рабом своих эмоций (но продолжает их испытывать). Здесь больше нет скрытых мотивов, зато есть чёткое понимание себя и своих намерений. Сомнения больше не встают на пути. Высокий эмоциональный интеллект означает отсутствие «внутренних тормозов» для самовыражения, а, следовательно, успех становится логичным следствием любых поступков человека.

Мы имеем несколько методов осознания эмоций других: эмпатия, невербальные каналы, вербальные каналы

С. Петрушин выделяет следующие типы эмоционального взаимодействия: слияние, эмпатия, резонанс [16]. Слияние — сочувствие, симпатия. В результате слияния человек выпадает из своей роли психотерапевта и формирует общее «мы» с клиентом. В результате происходит психологическое заражение эмоциями клиента. «Я» захвачено его душевным состоянием. Он плачет, мне становится жалко его, и я тоже начинаю плакать. По завершению консультации специалист еще долго не может прийти

в себя, переживает его ситуацию. Именно здесь лежит причина синдрома психического выгорания, которой является причиной потери квалификации. Применение защиты снижает чувствительность, а как следствие сужает поток важной информации.

Эмпатия — большая мера эмоциональной вовлеченности. Также, эмпатия отличается от интуиции, поскольку первая связана с чувствами, а последняя с интеллектом. Быть в его шкуре, носить ботинки, увидеть ситуацию глазами другого...это способность ощущать чувства и личностные смыслы клиента как бы изнутри, как их ощущает сам клиент, однако без потери условия «как если бы». Резонанс - отличается от слияния, от эмпатии. Он строится на диалоге душевных состояний. Когда у нас эмоциональные состояния совпадают. В рамках данной методике всего 16 психоэмоциональных состояний- 16 языков общения и взаимодействия.

#### **АЛГОРИТМ УПРАВЛЕНИЯ ЭМОЦИЯМИ**

**предложил Сергей Шабанов [19]:**

1. **ОСОЗНАТЬ СВОЮ ЭМОЦИЮ** (упражнение кино)
2. **ПОНЯТЬ СВОИ ЦЕЛИ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ, ЧЕТКО ОПРЕДЕЛИТЬ, ЧЕГО Я ХОЧУ ДОБИТЬСЯ** (упражнение созерцание)
3. **ОПРЕДЕЛИТЬ, В КАКОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ Я БУДУ МАКСИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ДОСТИЖЕНИИ СВОЕЙ ЦЕЛИ** (упражнение ноль концентрации)
4. **ВЫБРАТЬ СПОСОБ ДОСТИЧЬ НУЖНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ**
5. **ДОСТИЧЬ НЕОБХОДИМОГО СОСТОЯНИЯ, ИСПОЛЬЗУЯ ВЫБРАННЫЙ СПОСОБ** (Умение формировать необходимые состояния поможет методика дифференцированных функциональных состояний)

Необходимо практическое знание, каким образом формировать субъекта.

Игорь Калинаускас [11] рассматривал субъекта как управляющую систему, которую необходимо сформировать. Данная система, мировоззрение является результатом либо жизненного опыта либо можно ее осознанно сформировать, но начинает она



укрепляться в результате ситуаций, где необходимы качества активности, действий, принятия решения.

Данная программа входит в число методик четвертого поколения. Не отрываясь от конкретной деятельности вы можете регулировать свое психоэмоциональное состояние. Автор данного метода, И. Калинаускас [12], в начале разработал упражнения для артистов Щукинского театра. Актерам было необходимо одну и ту же эмоцию проигрывать несколько раз. В основе данного метода лежит подход Станиславского: изнутри наружу. Выяснилось, что эмоциональные ресурсы у человека при грамотном пользовании «собой» безграничны и многообразны, могут проявляться и реализоваться в разных формах. Сам автор, применяя методику в своей жизни является человеком нескольких профессий: режиссер, актер, художник, писатель, певец, духовный мастер, поэт. Освоив методику я сама стала более спокойной, уравновешенной, целостной, чувствующей. Любую профессию можно освоить за короткое время. Мне удалось освоить сноуборд за короткое время, ресторанное дело в англоязычной стране, практикуя упражнения, поменяла свое психоэнергетическое звучание из уровня «физической активности» в сторону развития целостности. Благодаря способностям, которые развиваются в практическом применении методики, есть возможность получать необходимую информацию в жизни, информацию о клиенте во время консультации, переговоров. Состояния «четверки» формируют состояние целостности, гармоничности, бесконфликтности между умом — действиями-чувствами, повышают убедительность в социальных взаимодействиях, удовлетворенность в личной жизни, помогая партнерам жить на одной волне.

Немного о методе. Есть два варианта обучения методики саморегуляции – экспресс метод усвоения и долгосрочный - 30 занятий, т.к. привычка формируется 30 дней. Обучение включает в себя теоретический блок и практические упражнения. Всего 4 базовых упражнения: упражнение созерцание, полет белой птицы, нуль концентрации и огненный цветок. Все упражнения взаимосвязаны между собой. Необходимо развивать уме-

ние концентрироваться, переключать свое внимание, успокаивать сознание, расслабляться, убирать свой эмоциональный фон для того чтобы лучше слышать окружение. Качественное и последовательное выполнение упражнений развивает навыки и способности: позитивного мышления, умения нейтрализовать эмоции, препятствующие эффективности, проводить профилактику синдрома сгорания, «поддерживать огонь в очаге», формировать разные психоэмоциональные состояния.

**Методика дифференцированных функциональных состояний (ДФС)**, или, проще говоря, методика психоэнергетического резонанса, построена на структурировании тех смутных, вначале мало ощущаемых элементов восприятия, которые связаны с такими понятиями, как энергия, субсенсорная чувствительность, эмоциональная сфера [12]. Описание методики и упражнения взяты из книги И. Калинаускаса «Огненный цветок» без изменения, в связи с необходимостью четкого соблюдения инструкций [12].

Каким образом формируется эта методика? Наше глубокое убеждение состоит в том, что конечным продуктом любой системы саморегуляции являются изменения, происходящие в Я-концепции, и с достаточно большой вероятностью по анализу этих изменений можно сказать, по методике какого типа вы занимались. Поэтому мы сознательно идем от такой задачи: что нужно ввести в Я-концепцию, чтобы получить возможность управлять структурой эмоционально-чувственного, психоэнергетического восприятия?

Решение этой задачи потребовало использовать идею инструментальной составляющей Я-концепции. Эта идея, выраженная через различные описания, родилась тысячи лет назад. Понятие триединства «тело–душа–дух» или древнекитайская система «трех котлов», деление энергии по принципу «земля, человек, небо». Трех-членное деление существует во всех культурах издревле, везде выделяются три основные формы, по которым можно классифицировать человеческую активность:

1) активность в основном мышечная, физическая, **витальная**;



2) активность в основном эмоциональная, **чувственная**;

3) активность в основном когнитивная, **ментальная**.

Для того чтобы решить свои задачи именно в области психоэнергетики, прежде всего следует ввести так называемую инструментальную составляющую, то есть ввести в свою «Я»-концепцию понятие об инструменте, об отношении: тело как инструмент, психоэмоциональная сфера как инструмент, сознание как инструмент. Имея в виду ту часть общих отношений с телом, с психоэмоциональной сферой, с сознанием, о которой можно сказать: «Этим я умею делать то и то».

Допустим, я умею думать тремя способами, или я умею активизировать память в таком-то объеме, или я умею считать со скоростью компьютера — это все характеристики моего сознания как инструмента. То есть инструментальные характеристики, сведенные воедино. Почему это важно? Потому что, когда мы говорим о трех основных видах активности, это не то же самое, что говорить об инструментах.

***Все три формы активности (доминирование витальной, чувственной или ментальной активности) могут быть присущи каждому из трех инструментов.***

Такой подход давно существует в духовных традициях. Достаточно похоже он описан у Успенского в рассказах о системе Гурджиева как психотехнической традиции. Тут ничего нового нет. Речь идет о том, что с помощью специальных упражнений и осознания создается инструментальная установка, выясняется, к примеру, что человек может делать с помощью психоэнергетики. Есть ли у него что-нибудь инструментальное в этой области? Это исходная позиция, наш изначальный подход.

Далее мы предлагаем специальный язык. В данном случае именно язык является ключевым моментом, потому что для того, чтобы оформить все свои смутные переживания типа: «что-то ощущаю», «жжет», «покалывает», «кажется», «чувствую что-то», «чудится» — в области психоэнергетической сферы нужен специальный язык. Язык

этот очень простой. Доминирование той или иной формы активности обозначается словом «уровень» и закодирован следующим образом.

**Уровень 1** — это активность с доминированием витального начала.

**Уровень 2** — это активность с доминированием психоэмоционального начала.

**Уровень 3** — это активность с доминированием когнитивной, интеллектуальной сферы.

**Уровень 4** — это такая работа психоэнергетического инструмента, при котором все эти уровни активности представлены равнозначно и в «унисон».

Далее вводятся понятия о ритмах. Что имеется в виду под ритмом? Под ритмом имеется в виду характеристика восприятия среды, на которую направлена активность. Это главный отличительный момент этой методики. Здесь в языке учтено, что состояние — функциональное, психоэмоциональное, психоэнергетическое — формируется не только в зависимости от форм активности, но и в зависимости от того, на какую среду направлена эта активность и как эта среда воспринимается.

Происхождение этого понятия берет начало от понятия «темпоритм», имеющегося в актерской профессии. В понятии «ритм» закодировано определенное восприятие среды, доминирование определенного восприятия и переживание чувства включенности в эту среду, потому что активность обязательно сопровождается чувством включенности в среду.

***Таким образом, у нас получилось четыре ритма или четыре способа резонирования.***

**Ритм А** — восприятие среды как континуальной, расширяющейся сферы, ритм бесконечного.

**Ритм В** — ритм живого, волна, поток.

**Ритм С** — восприятие среды как дискретной, множество дискретных объектов, символ — импульс.

**Ритм D** — восприятие среды как деструктивной разрушающейся, хаотической.

Вот такие четыре варианта. Соответственно возможны шестнадцать сочетаний, шестнадцать слов, шестнадцать кодовых обозначений для шестнадцати функциональных состояний. Вокруг этого во время



учебных занятий постепенно формируется семантическое поле, которое позволяет потом это восприятие активизировать.

### **«Огненный цветок» — функциональная система**

«Огненный цветок» служит основой для всех трансформационных изменений, заложенных в данной методике. Выстраивая его в теле с помощью огненной энергии, мы формируем конструкцию психоэнергетического инструмента. Свойства этой конструкции во многом определяют как качество самого инструмента, так и успешность и результативность всей дальнейшей работы. Выстраивание «Огненного цветка» способствует развитию восприятия себя как пространства, установлению стабильного самосознания, вступлению в пространственные отношения с реальностью.

С помощью создания этой огненной структуры увеличиваются энергоемкость и энергопроводимость тела, повышаются чувствительность и восприимчивость к тонким взаимодействиям.

**АБСОЛЮТНО ТОЧНОЕ СОБЛЮДЕНИЕ ИНСТРУКЦИЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО!**

#### **Инструкция по выполнению**

##### **ПОДГОТОВИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ**

Сядьте прямо, не опираясь на спинку стула, ноги поставьте под прямым углом к полу. Руки соедините (левая сверху, для левшей — правая). Глаза открыты, взгляд мягкий, расфокусированный.

##### **ПЕРВАЯ ФАЗА**

Все внимание в копчик. В копчике формируется «огненная точка». Медленным, плавным, непрерывным движением «огненная точка» поднимается внутри позвоночника, оставляя за собой «огненный стебель», достигает центра головы и раскрывается в «огненную чашу».

Сверху поступает огненная энергия, через «чашу» и «стебель» опускается вниз и собирается в «огненный шар» в первом центре. («Шар» формируется вокруг «стебля», величиной приблизительно с яблоко.) Фиксируем.

Огненная энергия поступает сверху и собирается в «огненный шар» во втором центре. Фиксируем.

Огненная энергия продолжает поступать сверху и собирается в «огненный шар» в третьем центре. Фиксируем.

##### **ВТОРАЯ ФАЗА**

Из «огненного шара» первого центра — «огненные корни» в обе ноги до подошв и пальцев ног. Снизу, по «корням», огненная энергия поступает в «огненный шар» первого центра. Два потока огненной энергии: сверху, через «чашу», и снизу, по «корням».

Из «огненного шара» второго центра — «огненные листья» в обе руки. Когда «листья» достигают ладоней и пальцев, руки раскрываются ладонями вверх. Через пальцы и ладони, по «листьям», огненная энергия поступает в «огненный шар» второго центра.

Три потока огненной энергии: через «чашу», по «корням», через «листья».

##### **ТРЕТЬЯ ФАЗА**

Начинаем огненную пульсацию. На вдохе втягиваем огненную энергию из пространства через «чашу», «корни» и «листья», на выдохе огненная энергия, выходя по тем же каналам, выжигает в теле все лишнее, больное, ненужное.

Дыхание свободное, ровное. Сделайте две-три пульсации на задержке дыхания и снова мягко возьмите дыхание. Количество пульсаций — 24–36.

##### **ЧЕТВЕРТАЯ ФАЗА**

Останавливаем пульсацию. Втягиваем «огненные корни» в «огненный шар» первого центра, туда же втягиваем часть «огненного стебля» от копчика до первого центра. Втягиваем «огненные листья» в «огненный шар» второго центра (руки закрываются, правая сверху, для левшей — левая). Туда же втягиваем часть «огненного стебля» между первым и вторым центром.

Закрываем «огненную чашу», втягиваем ее в «огненный шар» третьего центра и туда же — часть «огненного стебля» между вторым и третьим центрами.

«Огненный шар» первого центра импульсом, прямо перед собой, с благодарностью к пространству отдаем.



«Огненный шар» второго центра импульсом, прямо перед собой, с благодарностью к пространству отдаем.

«Огненный шар» третьего центра импульсом, вертикально вверх, с благодарностью к пространству отдаем.

### **ТРЕБОВАНИЯ К ОСВОЕНИЮ**

Наработка безупречной конструкции.

Необходимые условия нарабатывания конструкции: «Огненный цветок» должен выполняться 30 дней без перерыва.

В инструкциях по выполнению базовых упражнений нет ничего случайного. Результат может быть гарантирован только при строжайшем их выполнении.

## **«Созерцание»**

Это упражнение является обязательной составляющей данной практики. Без усилий по достижению внутренней тишины и покоя сознания невозможно почувствовать автоматизмы сознания, обнаружить его инструментальность и в дальнейшем реально прийти к умению пользоваться им как инструментом. Это упражнение служит действенным средством для выработки стабильного самосознания.

### **Инструкция по выполнению**

#### **ПОДГОТОВИТЕЛЬНАЯ ФАЗА**

Сядьте максимально удобно, расположите предмет на такой высоте и таком расстоянии от себя, чтобы созерцать его без лишнего напряжения. Предмет должен быть максимально простой (типа спичечного коробка).

#### **ПЕРВАЯ ФАЗА**

Закройте глаза, постарайтесь добиться возникновения внутри себя белого светящегося пространства. Затем откройте глаза и 5 минут не отрываясь смотрите на предмет (особенность такого «смотрения» в том, что вы не рассматриваете предмет, не выхватываете отдельные его детали, взгляд не движется по предмету, вы созерцаете его, смотрите на него как на целое, впускаете его вовнутрь).

#### **ВТОРАЯ ФАЗА**

Закройте глаза, в пустом белом светя-

щемся пространстве внутри себя созерцайте тот же предмет в течение 5 минут.

### **УСЛОВИЯ ОСВОЕНИЯ**

♦ Реальное достижение пустого, белого, светящегося пространства.

♦ Целостность и безоценочность восприятия созерцаемого предмета.

Примечание: предмет для созерцания должен быть простой формы, типа спичечного коробка или детского кубика. Продолжительность упражнения — 15–20 минут.

### **ОСОБЕННОСТИ ОСВОЕНИЯ**

«Созерцание» как упражнение имеет конец, то есть в результате практики происходит такое внутреннее событие, при котором становится ясно, что данное упражнение как практика исчерпало себя и превратилось в неотъемлемое качество сознания практикующего.

## **«Полет белой птицы» — тренинг управляемого воображения**

Это упражнение заимствовано из ауто-тренинга и потому, несомненно, несет все возможности в этой системе многократно описанные, но вместе с тем может и должно быть заполнено содержанием и смыслами, содержащимися в нашей практике. Прежде всего это упражнение способствует выработке навыков пространственных взаимодействий, умению вступать в тонкие, дифференцированные отношения с пространством.

#### **ПОДГОТОВИТЕЛЬНАЯ ФАЗА**

Расположитесь максимально удобно, расслабленно, глаза закройте, руки и ноги скрестите, правая рука и правая нога сверху (для левшей — левая).

### **Инструкция по выполнению**

Вы лежите на теплом желтом песке, над вами спокойное чистое синее небо.

В небе плавно летит белая птица. Вы поднимаетесь и летите рядом с ней, вы сами эта белая птица.

Вы летите в спокойном синем небе, под вами спокойное синее море.



Вдали показался желтый песчаный берег, он приближается. Вы подлетаете, опускаетесь на теплый желтый песок, снова превращаетесь в человека и ложитесь на спину.

Вы лежите на теплом желтом песке, над вами спокойное синее небо, вы расслаблены, вы отдыхаете.

Ступней ваших ног коснулась приятная прохлада, приятная прохлада заполнила мышцы ног, мышцы легкие и бодрые; приятная прохлада заполнила живот, мышцы спины, мышцы легкие и бодрые, приятная прохлада заполнила грудь, руки, вам легче дышать, приятная прохлада заполнила шею и голову; голова ясная и чистая. Все тело заполнено приятной прохладой, голова ясная и чистая, мышцы легкие и бодрые. Три глубоких вдоха. Открыли глаза! Встали! Вы отдохнули!

Продолжительность выполнения — от 25 до 35 минут.

### **УСЛОВИЯ ОСВОЕНИЯ**

Следует добиться, чтобы выполнение этого упражнения становилось реальным эмоциональным событием и «путешествие» было заполнено конкретными, индивидуальными переживаниями.

### **«Кино»**

Упражнение «Кино», или самовоспоминание, является составной частью всего комплекса базовых упражнений. Оно дает возможность для выработки стабильного самосознания и указывает путь к растождествлению с сознанием.

Самым же сильным местом в использовании этого упражнения может быть возможность реального переживания принципиальной разницы между самоконтролем и самосознанием. Упражнение «Кино» также способствует достижению восприятия себя как пространства.

### **Инструкция по выполнению**

Выполнение данного упражнения должно стать завершающим действием всего дня, когда практикующий просматривает цветной, широкоформатный фильм с собой в главной роли, где все события происходят **в обратном порядке** по отношению к началу просмотра.

**Примечание:** упражнение «Кино», как и упражнение «Созерцание», имеет конец, то есть качество психики, которое вырабатывается с помощью этого упражнения, становится из специального состояния реальным качеством инструмента.

### **Основные трудности, с которыми сталкиваются практикующие при освоении упражнения**

Для того чтобы «фильм» был непрерывным, необходимо быть осознанным в течение всего дня.

Для того чтобы выполнить главное условие правильного выполнения упражнения — быть в главной роли в «фильме», а не в роли кинокамеры, вокруг которой крутятся все события, необходимо активизировать все навыки по растождествлению и усилия по выработке стабильного самосознания.

Это упражнение, как никакое другое из всего комплекса базовых упражнений, ставит практикующего перед необходимостью перехода от восприятия себя как вещи, объекта, куклы к действительно пространственному восприятию реальности.

### **«Ноль-концентрация»**

Это упражнение является одним из важнейших в данной практике.

Упражнение служит для выработки стабильности эмоциональной сферы, является одним из самых действенных способов обретения внутреннего покоя, тишины, остановки внутреннего диалога, а также частью тренинга по освоению пространственного ощущения себя и пространственных взаимодействий. Упражнение прекрасно помогает в овладении психознергетикой как инструментом. Освоение упражнения также является очень эффективным тренингом для обретения стабильного самосознания.

### **Инструкция по выполнению**

#### **ВСТУПИТЕЛЬНАЯ ФАЗА**

1. Остановили огненную пульсацию.
2. Продлили «огненный стебель» вверх через макушку на 15-20 сантиметров.
3. Образовали «огненную ось» от копчика до конца продленного «стебля».
4. Внутри все успокоилось, затихло, ми-



нимум мышечных и эмоциональных зажимов.

5. Все внутренние показатели по полям.

### ОСНОВНАЯ ФАЗА

6. Все внимание в «огненную ось». Внимание распределяется вдоль всей «оси».

7. Работаем уверенно, твердо, неколебимо.

### ЗАВЕРШАЮЩАЯ ФАЗА

8. Убрали «огненную ось».

9. Втянули конец продленного «стебля».

10. Восстановили огненную пульсацию.

11. Длительность упражнения от 15–20 до 40–45 минут.

### **Основные трудности, с которыми сталкиваются практикующие при освоении упражнения**

1. На начальном этапе освоения упражнения требуется время на вход в состояние «ноль-концентрации».

2. Специфической сложностью при освоении этого упражнения является достижение правильного состояния. Есть два момента, на которые следует обратить особое внимание.

**А.** Может произойти подмена состояния «ноль-концентрации» состоянием «стопа», известного из практик других методик. Принципиальное различие этих двух состояний заключается в том, что при «стопе» должна произойти полная и мгновенная остановка всех инструментов: тела, сознания, психоэнергетики, в том состоянии и положении, в котором они находились в момент команды «стоп», то есть должно прекратиться всякое делание. После снятия команды должно произойти столь же полное и мгновенное их включение с того же положения и состояния.

При «ноль-концентрации» же должно быть достигнуто нулевое состояние всех инструментов, подобно тому, как замирают на нуле действующие приборы. Важным моментом является то, что в состоянии «ноль-концентрации» деятельность возможна, а в «стопе» — нет.

**Б.** Также возможна подмена состояния «ноль-концентрации» расслабленно созерцательным состоянием, при котором состояние внутренней тишины достигается, но теряется состояние аллертности, то есть важнейшей составляющей этого состояния — концентрации.

Подводя итоги, нужно сказать о том, каким бы методикам саморегуляции человек не обучался, не просто бывает изменить стереотипы своего поведения, эмоционального реагирования. В результате происходит повтор и сложно выбраться из замкнутого круга. Необходимо наличие субъекта, осознания, рефлексии, отслеживание негативных программ, в которые нет необходимости завязать, умение выбирать необходимую жизненную ситуацию, подходящее психоэмоциональное состояние, вступать в диалог. Выполнение вышеперечисленных упражнений дает возможность сформировать субъектную позицию и действовать через нее, опираясь на эмоциональный интеллект.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова К. А. Психология и сознание личности (проблемы методологии, теории и исследования реальной личности). Избр. психол. труды. – М. – Воронеж, 1999. – 50 с.

2. Абульханова К.А., А.А. Бодалёв, А.А. Деркач, Н.В. Кузьмина, Л.Г. Лаптев. Акмеология: методология, методы и технологии. – М., 1998. – С. 16–36.

3. Абульханова К. А. Брушлинский А. В. Философско-психологическая концепция С. Л. Рубинштейна. – М.: Наука, 1989, с. 21

4. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды. В 2 т. Ананьев Б.Г. – М.: Педагогика, 1980. – 2 Т. , 288 с.

5. Ананьев Б. Г. Психология человека (Избранное). – Спб.: Университетская книга, 1997. – 90 с.

6. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – М.: Наука, 2000. – 288 с.

7. Антонио Дамасио. Ошибка Декарта.// Ошибка Декарта. URL: <http://http://aeterna.qip.ru/blogs/post/2002862/> [дата обращения 22.06.2015]

8. Брушлинский А.В. Психология субъекта: Программа учебного курса. – М., 1998, 277 с.

9. Выготский Л.С. Психология. – М.: Апрель Пресс, Эксмо-Пресс, 2000. – 106 с.



10. *Дэниел Канеман*. Думай медленно... решай быстро. URL: <http://http://www.digest.kyivstar.ua/author/kahneman/> [дата обращения 22.06.2015]

11. *Калинаускас И.* Жизнь как пространство отношений. – Москва, 2011. – 182 с.

12. *Калинаускас И.* Огненный цветок. Методика ДФС. – Спб.: Питер, 2009. – 192 с.

13. *Крайг Ж.* Эмоциональный интеллект. Думай, просчитывай, побеждай – М.: Питер, 2010, 176 с.

14. *Леонтьев Д.А.* Структурная организация смысловой сферы личности. дис.... канд. психол. наук. – М, 1987, 115 с.

15. *Ломов Б.Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1984. – 439 с.

16. *Петрушин С.* Методика резонансного консультирования. – Казань, 2012. – 183 с.

17. *Рубинштейн С.Л.* Избранные философско-психологические труды. Основы онтологии, логики, психологии. – М.: Наука, 1997. – 463 с.

18. *Тихомиров А.* «Эмоциональный интеллект» // URL: <http://www.lief.ru/blog/2007/04/emotsionalnyiy-intellekt/> [дата обращения 22.06.2015].

19. *Шабанов С., Алешина А.* Эмоциональный интеллект. – Москва, 2014. Издательство «Манн, Иванов и Фербер». – 427 с.

20. Эльконин Б.Д. Психология развития. – М.: Изд-во Академия, 2001. – 144 с.

### **Method of deep human self-regulation.**

*Ahmadullina A. A.*,  
PhD (Kazan, Russia)

**Abstract.** It told us about Russian and European autors, also non - traditional methods of human linking with energy-informational surrounding. Emotional mind s development is explored as one of the most important subject s quality, also practical exercices are described in the aim pshycoenergetic.

**Key words:** self-regulation method, stress-management, couching, motivation psychology, consulting psychology, emigrants values.

# ИЗ ОПЫТА ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТОЗОВ. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (КПСП)

ЗУЙКОВА Н. Л.  
(Российский Университет Дружбы Народов,  
Москва, Россия)

## Аннотация

*В статье представлены опыт психотерапии в общесоматической сети и основания для более четкого выделения формата «Психотерапевтической психосоматики». Сформулированы основные принципы ее эффективности. Представлены возможности работы в варианте авторской модальности «Клиническая психосоматическая психотерапия» (КПСП), в которой выделяется ряд специфических и удачных психотерапевтических находок, учитывающих клиничко-психологические характеристики психосоматических пациентов и позволяющие оптимизировать течение и прогноз психосоматического расстройства.*

**Ключевые слова:** психосоматика, психосоматозы, клиническая классическая психотерапия, телесно-ориентированные методы, интегративная

УДК 615.851

И обывателю известно, что психосоматика — территория «болезней от стресса», а для специалистов — это многогранная и обширная тема разнообразных нарушений функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль отводится воздействию психотравмирующих факторов. Т.о, общеизвестен факт, что неизбежно возникающие жизненные трудности нашей повседневной жизни порой вызывают настолько тягостную эмоциональную фиксацию и душевный разлад человека, что способны при определенных условиях вызывать соматизацию аффекта в виде разнообразных психосоматических расстройств. Учетывание этих определенных условий в терапии и составляет суть клинического психосоматического подхода. Куда относим природные личностно-характерологические особенности, предрасполагающие к тем или иным психосоматозам; внутреннюю картину заболевания (ВКБ) —

феномен своеобразного самовосприятия и отражения болезни; а так же психопатологические и соматические проявления, клиническую картину и динамику того или иного нарушения. Сегодня список психосоматических расстройств постоянно пополняется, как и расширяется арсенал терапевтических методик для помощи этим многочисленным и труднокурабельным пациентам. Мы, дабы как-то систематизировать расширяющуюся информацию, условно начинаем выделять психиатрическую психосоматику, куда относим психиатрический профиль психосоматических проявлений, к примеру, панические атаки или нервную анорексию или другие психопатологические синдромы полиморфной картины эндогенно-процессульных заболеваний. И соматический профиль — это разнообразные психосоматические реакции и собственно психосоматические заболевания, такие как эссенциальная гипертония, язвенная



болезнь 12-перстной кишки, бронхиальная астма, сахарный диабет, ревматоидный артрит, бронхиальная астма, неспецифический язвенный колит, т.е., соматические недуги и реакции у психически здоровых людей. Выделяем мы и определенный формат работы с указанными расстройствами — клиническую психосоматическую психотерапию, основанную на клиницизме в классическом его понимании, который и обязывает нас учитывать вышеуказанные определенные условия возникновения и течения психосоматоза и подбирать психотерапевтическую рецептуру соответственно им и системной биопсихосоциодуховной парадигме. Считаем, прежде всего, клиницизм способен построить фундамент всех основных здесь построений интеграции, столь необходимых для эффективной помощи. Именно клинический подход дает нам возможность определить, какая личность перед нами, что составляет истинный источник ее страдания, как она сама понимает случившееся и в плане здоровья, и в плане дистрессовой ситуации, и какие вычленил актуальности или приоритетные клинико-терапевтические мишени помощи. Мы рассматриваем актуальные психотерапевтические мишени как клинико-психотерапевтический феномен, который проявляется — предъявляется самим пациентом и (или) предполагается — диагностируется психотерапевтом (а возможно и интернистом) как проблема, требующая приоритетного, а порой и незамедлительного вмешательства. Жалобы, предъявляемые психосоматическими пациентами порой представляют собой пеструю мозаику или укладываются в одну «алекситимическую» формулировку, однако тут важно вычленил наиболее значимую тему, которая объединит усилия всей терапевтической «команды»: психотерапевта, интерниста и самого пациента. Уже на первоначальной стадии «погружения в психотерапию» актуальная мишень должна стать актуальной целью работы и быть сформулирована в терапевтическом контракте. Она может претерпевать изменения, дезактуализироваться и пересматриваться в соответствии с динамикой состояния и запросами пациента. Массивная, интенсивная психотерапия не должна быть самоцелью, необхо-

димо правильно оценить состояние пациента и его готовность к ней. Так опыт показывает, что с психосоматическими пациентами бывает рискованно — преждевременным применять те или иные техники проработки давних или свежих психологических травм в стадии обострения соматического заболевания. И даже столь необходимые здесь телесно-ориентированные приемы должны ограничиваться наипростейшими занятиями по регулированию дыхания, обучению методам расслабления и отслеживания телесных сигналов для правильного реагирования на них. В качестве рекомендуемых техник на этом этапе, могут стать эриксоновские трансовые состояния, гипносуггестивные сеансы отдыха — покоя, успокаивающе-поддерживающие психотерапевтические беседы в духе рациональной психотерапии, мягкие телесные и медитативные методики и многие другие, коих большое многообразие существует в многочисленных современных модальностях.

По нашему опыту, согласующемуся с исследовательскими данными коллег, при психосоматических заболеваниях самыми распространенными психопатологическими синдромами, являются так называемые, нозоспецифичные психотерапевтические мишени. В других источниках мы найдем их в терминологии «психотерапевтические мишени нозологической специфики». Клиницисты единогласно относят в этот список наиболее часто встречающиеся синдромы: астенический, обсессивный, тревожно-фобический, ипохондрический; синдром невротической депрессии и синдром вегетативной дисфункции. Именно эти синдромы наиболее часто звучат в жалобах больных и чаще всего становятся основанием для интернистов назначить консультации психиатра или психотерапевта. При этом, перед нами встает нередкая проблема — недостаточная мотивация или открытое сопротивление психосоматических пациентов к столь необходимому им психотерапевтическому сопровождению. Т.о., внутри актуальной клинической мишени вычленяется важная психологическая мишень-мотивация пациента на психотерапию. Эта необычайно сложная задача по нашему мнению может быть ре-



шена только при условии, что мы учитываем индивидуальные личностно-характерологические качества пациента. Каков природный личностный склад, преморбидные характерологические особенности — таково должно быть обоснование необходимости психотерапевтической помощи, созвучно его личностному пониманию представленная. В этом таится искусство клинического подхода. Именно поэтому мы настаиваем, чтобы в развернутом диагнозе указывался личностный склад больного с его стержневыми природными особенностями характера, который, впрочем, необходимо освобождать от психиатрических корней, о чем подробно писали в прежних публикациях. В работе с указанными пациентами и терапевтическими мишенями мы вычленили следующие основные принципы эффективности клинической психосоматической психотерапии. Во-первых, принцип сотрудничества пациента, интерниста и психотерапевта. Во-вторых, применение клинически преломленной интегративной психотерапии, разумно сочетаемой с психо — и соматотропной фармакотерапией и телесно-ориентированными методиками. Как и необходимость применения трансовых техник. Телесно-ориентированная психотерапия является одним из основных направлений современной практической психологии, ее называют «соматической психологией». Так называемая работа с телом — обязательная составляющая клинической психосоматической психотерапии. Только бы она соответствовала личным предпочтениям и возможностям пациента. Третьим принципом является терапевтический комплаенс и поддержка оздоровляющего и творческого стиля жизни, так же соответствующего личностным особенностям пациента. Помочь, настроить человека жить в соответствии с золотым советом выдающего врача и хирурга Н. Амосова «Врачи лечат болезни, а здоровье нужно добывать самому» — важный момент реабилитации и профилактики психосоматических пациентов. Реализация и эффективность представленных идей тесно связана с широкой просветительской и психообразовательной работой для осведомленности специалистов и населения о возможностях психологии и психотерапии в восстановлении и сохранении здоровья неза-

висимо от диагноза, возраста и социального положения. И в качестве конкретного плана терапии, использующего указанные принципы, предлагаем модальность «Клиническая психосоматическая психотерапия» (КПсП), которая утверждена как авторский метод в Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге (ОППЛ) в 2009 году. Рассматриваем КПсП своеобразным психотерапевтическим стандартом, добавкой к уже имеющимся медицинским стандартам помощи при психосоматических заболеваниях: ГБ, ИБС, бронхиальной астме, сахарном диабете, ревматоидном артрите, ЯБ 12 перстной кишки, неспецифическом язвенном колите и других разнообразных проблемах физического неблагополучия, связанных с влиянием стресса. Наличие такого диагноза является прямым показанием для интернистов «назначить» психотерапию, а пациентам — обязательно ее получить. Метод основывается на клиническом подходе, в котором в отличие от психоаналитического (где соматическая сфера служит своеобразным метафорическим языком психики), душевно-телесная конституция рассматривается, как врожденное единство строения тела и характера, обуславливающее обменно-эндокринные, сомато-вегетативные особенности и предрасположенность к тем или иным психосоматическим заболеваниям и реакциям. Следовательно, КПсП — врачебная терапия, которая в современных представлениях относится к медицинской модели психотерапии. Клинически могут быть использованы, преломлены элементы широкого спектра модальностей и приемов (рациональная психотерапия, клиент-центрированная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, кинезиология, гипнотерапия, музыкотерапия, психоанализ, арттерапия, семейная психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, транзактный анализ, гештальт-терапия, НЛП, ТТС, эриксоновская психотерапия, религиозно-ориентированная психотерапия и др.) и сочетанная психофармакотерапия [18; 19]. Предполагается, что благодаря применению тех или иных клинически оправданных психотерапевтических и психологических приемов, природные защиты или так называемые саногенетические механизмы ор-



ганизма активизируются, что способствует ослаблению патологических (невротических) защит и помогает естественной природе совершенней защищаться.

## **Алгоритм последовательного движения в этом направлении заложен в следующих 7-ми шагах КПсП.**

1. Начальный этап или погружение в психотерапию. Начинается со знакомства, информированного согласия и формирования психотерапевтического альянса. С этой целью проводим и рекомендуем использовать приемы рациональной психотерапии и «Клиент-центрированной» психотерапии К.Роджерса с базовыми психологическими принципами безусловного принятия, эмпатии и конгруэнтности переживаний и поведения психотерапевта [19, с. 404]. Четкую структуру терапии и ответственное взаимодействие нам позволяют создавать техники Трансактного Анализа Э.Берна [7], что закрепляется терапевтическим контрактом, т.е. договоренностью с пациентом о целях терапии. На этой стадии оформляется «Психотерапевтическая карта пациента» и составляется предварительный план психотерапевтической помощи.

2. Коллегиально-диагностическая стадия. Здесь необходимо наличие верифицированного соматического диагноза по МКБ-10 и определение клинико-психотерапевтических мишеней с выделением наиболее значимой (актуальной) из них, требующей первостепенной коррекции. Проводится психопатологическое исследование и устанавливаются психосоматические взаимосвязи. Формулируется развернутый диагноз с включением личностных особенностей, который доводится до сведения интерниста и психотерапевтично представляется самому пациенту. Планирование психотерапевтической помощи (воздействия) приобретает вид более конкретного пошагового движения.

3. Коллегиально-терапевтический этап, в процессе которого проводится клиническая психотерапия с применением трансовых техник и телесно-ориентированных

приемов. В нашем опыте пациенты чаще направлялись к кинезиологу и тренеру «телесно-ориентированных практик». Так же посредством контракта целесообразно договариваться с пациентами об освоении ими «телесно-ориентируемых» и дополнительных «оздоравливающих» занятий в соответствии с личными предпочтениями и возможностями: ЛФК, йога, медитация, массаж, бассейн, фитнес, закаливание и др. Важна как можно ранее начатая, а затем и систематическая «работа с телом». Посему рекомендуем психотерапевтам или психологам, «посвящающим» себя психосоматике овладевать базовыми трансовыми и телесно-ориентированными техниками.

4. Собственно-терапевтический этап. Продолжается спланированный курс клинической психотерапии в сочетании с необходимой фармакотерапией. Уточняется терапевтический контракт и цель работы в соответствии с психотерапевтической мишенью и выявленными актуальными психологическими проблемами, поддерживающими уровень дистресса. При этом важно учитывать динамику и стадию расстройства, т.к. в обострении психосоматического заболевания небезвредна углубленная работа по исследованию стрессов и психологических травм, это может лишь усугубить состояние. Вначале целесообразнее применять релаксационные методики, к примеру, сеансы «гипноза-отдыха», ауто-тренинга, музыкотерапии, эриксоновских трансовых и ресурсных состояний, психотерапевтических медитаций. При достаточной стабилизации состояния и восстановлении сил проводится более интенсивная и углубленная терапия «проблемных зон личности» и стрессовых ситуаций, «подпытывающих» выявленный психосоматоз. Работа с чувствами, безопасное для себя и окружающих их выражение; работа по осознанию своего ресурса над совладанием с дистрессом; освоение новых паттернов поведения и разрешение существующих конфликтов — вот лишь небольшая толика терапевтических приемов-задач этого этапа. Отталкиваемся от положения, существо которого в том, что установить, осознать конфликт и разрешить его — не



одно и то же, и даже высококомпетентная психотерапевтическая помощь не отменяет общемедицинских вмешательств. Уместно напомнить, что и Зигмунд Фрейд признавал, что «краеугольным камнем психологии, на самом деле является биологический фактор»[24]. Эрик Берн и Милтон Эриксон, будучи врачами-психиатрами, создавая свои психологические школы, так же не отказывались от принципа комплексного лечения [4; 25].

5. Ретроспективно-экологический этап. Образно мы называем его «стадией терапевтической зрелости и креативности» в динамике психотерапевтического процесса. Проводим и рекомендуем данной стадии клиническую семейную психотерапию, Терапию творческим самовыражением [8; 9; 12], арттерапию, религиозно – ориентированную психотерапию, «Терапию нового решения» из ТА и другие разнообразные методики экзистенциально-гуманистического направления с акцентом на духовно-ценностные ориентиры. В приложении к «Психотерапевтической карте» пациент описывает происходящие с ним изменения. Опыт перенесенной болезни и проведенной терапии рассматривается как обогащающий и открывающий более экологичные способы защит перед неизбежными житейскими сложностями. Нашим пациентам предлагалось озвучить или написать краткое эссе о том, что дала им болезнь и терапия. В завершении стадии проводится повторное соматическое обследование и клинико-психологическое тестирование — анкетирование.

6. Этап перспективных решений и выборов или этап нового опыта, на котором продолжается индивидуальная психотерапия и регулярная групповая психотерапия, меняющая свой формат на т.н. малые группы. Желательна семейная психотерапия. На этом этапе пациент продолжает выстраивать – апробировать новые более здоровые паттерны поведения и реалистичные планы по здоровому образу жизни. На группах и в приложении к психотерапевтической карте кратко делится опытом и дальнейшими намерениями. Мы мотивируем пациентов выбирать цель, превышающую болезнь, лишаящую психосоматическое расстройство вторичности выгоды, по терминологии ТА —

бессознательному следованию негативного психосоматического сценария. Пациент, основательно пересматривая свою жизнь, начинает лучше разбираться в себе и людях. Он принимает важные решения для того, что бы выстраивать свою жизнь полноценнее и по-своему. Жизнь, в которой он может быть естественным самим собой, опираясь на свои сильные стороны и учитывая слабые, наполняя жизнь бытовым и профессиональным творчеством. Пациенты становятся более стрессоустойчивыми, приобретая-открывая возможность здоровых и осознанных защит и прочную веру в собственные возможности. Здесь затрагивается духовная составляющая личности и высвечивается психологический парадокс: быть здоровым порой сложнее, чем больным; здоровая личность — это большая ответственность и сильная успешная самореализация, и не каждый к этому готов. Осознанно принимая этот постулат, пациенты этой стадии становятся способными осуществлять намерения, позволяющие им жить в соответствии со своими здоровыми личностными потребностями и развиваться-самореализовываться. Т.о., духовно-ориентированная экзистенциально-гуманистическая психотерапия, получившая признание во многих странах [16; 17; 26] и в нашем отечественном клинико-психосоматическом подходе имеет свое сильное «терапевтическое звучание». На этом этапе становится очевидным повышение качества жизни пациентов. Умение жить без болезни, умение ладить с болезнью, продолжать делать свои творческие достижения по самореализации, конструктивнее взаимодействовать с людьми — его критерии, которые подтверждаются анкетированием и разнообразными тестами, коих предостаточно в нашем арсенале. Это период позитивной динамики психотерапевтического процесса предшествует завершению психотерапевтического лечения.

7. Завершающий этап. Это последняя стадия в психотерапевтическом плане, которая заблаговременно обсуждается с пациентом и предполагает, что имеется выполнение контракта, наблюдается симптоматическое улучшение, ремиссия или излечение. На этой стадии проводится обзор проведенной



работы и оценка полученных результатов. Каждый психотерапевт творчески подходит к этой стадии, разрабатывая индивидуализированный ритуал прощания с пациентом, как важное психотерапевтическое событие. Предполагается, что на этом этапе у пациента возникает большая личностная автономность, и он становится способным долго сохранять здоровье в здоровом образе жизни. Из его жизни исчезает болезнь в прежнем понимании этого слова, хотя диагноз заболевания формально может оставаться.

Очевидна относительная условность приведенных этапов-шагов, т.к. речь идет о живом терапевтическом процессе, о подвижной клинической работе средствами души, которая, как указывал классик отечественной психотерапии С.И. Консторум: «должна вытекать из детального, всестороннего клинического исследования больного и являться частью комплексного лечения» [13]. При этом, планирование психотерапии и последовательное следование ее этапам с осмысленной подготовкой на каждой стадии каждой из сторон с возможностью супервизий и обсуждения приобретаемого опыта в профессиональном сообществе — показатели современной компетентности и залога ее успешности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Александровский Ю.А.* Социально-стрессовые расстройства // Психиатрия: Национальное руководство. – М., 2009. – С. 548–554.
2. *Бассин Ф.В., Рожнов В.Е., Рожнова М.А.* Психическая травма // Руководство по психотерапии. – Ташкент, 1979. – С. 24–43.
3. *Бехтерев В.М.* Внушение и его роль в общественной жизни // Мозг, структура, функция, патология, психика. Т. 2. – М., 1994. – С. 501–678.
4. *Берн Э.* Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – Симферополь: «Ренеме», 1999
7. *Берн Э.* Трансактный анализ М.: Академический проект, 2004
8. *Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия. Изд. 2-е доп. И перераб.-М.: Академический проект; Деловая книга, 2006–800 с.

9. *Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). – 4-е, изд., испр. и доп. – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012–487 с.

10. *Волков П.В.* Разнообразие человеческих миров. Руководство по профилактике душевных расстройств. – М.: Аграф, 2000, 528 с.

11. *Ганнушкин П.Б.* Избранные труды. – М., 1964.

12. *Зуйкова Н.Л.* Творческое самовыражение при психотерапии психопатических личностей. Пособие для врачей. – М.: Пособие для врачей. 1997, 21 с.

13. *Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии. Издание 3-е стереотипное. М: Медицинская книга; Анима-пресс, 2010. – 172 с.

14. *Коркина М.В.* Психиатрия: учебник для студ. мед. вузов. – 3-е изд. – М.: МЕД-пресс-информ, 2006. – 576 с. (С. 460)

15. *Лурия Р.Я.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. – М., 1988. – 111 с.

16. *Макаров В.В.* Русскоязычная психотерапия в контексте всемирной психотерапии. // Психотерапия. – 2010. – № 10. – с. 54–60.

17. *Мелехов Д.Е.* Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. – М., 1997. – С. 5–61.

18. Психосоматическая медицина «Руководство для врачей; Под редакцией академика РАМН П.И. Сидорова. М.: МЕД-пресс-информ, 2006;

19. Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б.Д.Карвасарского. 3-е издание перераб. и доп.- Сб.: Питер, 2006.-944с.

20. *Рожнов В.Е.* Медицинская деонтология и психотерапия. // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1979. – с. 43–55.

21. *Смулевич А.Б.* Психосоматические расстройства (клинические аспекты). Социальная и клиническая психотерапия. – 1997. – Т., №1 – С.12.



22. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1986.;

24. Фрейд З. О клиническом психоанализе. – М., 1991.

25. Милтон Эриксон, Джей Хейли. Необыкновенная терапия Милтона Эриксона. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2012. – 368 с.

26. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М., 1999.

27. Яроцкий А.И. Идеализм как физиологический фактор. – Юрьев, 1908 г. 304 с.

**About Psychotherapy  
Psychosomatics. The algorithm  
works in the mode of  
"Clinical Psychosomatic  
psychotherapy (KPSP)."**

Zuykova N. L.,  
M.D,(People's Friendship University of  
Russia, Moscow, Russia)

**Abstract:** report presents the experience in somatic network and a base for clearer accentuation of a "Psychotherapy Psycho-

somatics" format. There are formulated the main principles of its effectiveness, which consist, at first, in a "teamwork" and a resource-responsibility of the three co-operating "players": a patient, an internist and a psychotherapist. The second principle is the use of integrative and clinical refracted psychotherapy, reasonable combined with pharmacotherapy and body-oriented technics. The third principle is the therapeutic compliance and support for health-improving life style, that is closely linked to general education and psychoeducational work for the awareness of physicians, helping professions' specialists and public about the possibilities of psychotherapy in the treatment, prevention and rehabilitation of psychosomatosis. There is also presented a psychotherapy' algorithm in the form of the author's modality of "Clinical Psychosomatic psychotherapy" (CPsP), which identifies a number of specific and successful psychotherapy finds, taking into account the clinical and psychological characteristics of psychosomatic patients and to optimize the course and prognosis.

**Keywords:** psychotherapy, psychosomatic medicine, psychosomatosis, body-oriented methods, integrative psychotherapy, bio-sociospiritual paradigm.

# РОЛЬ КОМПЛЕКСА ОБРАЗНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ

ИНГЕРЛЕЙБ М. Б.,  
(Южный Федеральный университет,  
Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*В статье рассматриваются основные положения авторской системы оздоровления и обобщаются принципы формирования образных представлений для повышения эффективности дыхательных упражнений в других комплексах и системах.*

**Ключевые слова:** образ, волевое усилие, саморегуляция, дыхательные упражнения, оздоровление, «третье состояние».

УДК 159.98

Если взглянуть на проблему саморегуляции человеческого организма неким обобщающим взглядом, то мы должны констатировать, что изначально здоровый организм решает эту задачу — «задачу саморегуляции» — достаточно успешно на уровне врожденных регуляторных механизмов и неспецифических адаптационных систем. Это представление настолько прочно вошло в научное и обыденное представление, что даже такое базисное для качества жизни человека понятие как «здоровье», на протяжении последнего десятилетия принято рассматривать как состояние, характеризующееся именно возможностями адаптации организма к воздействию различных факторов среды обитания человека [4]. При этом в поле адаптационных процессов, определяющих уровень здоровья индивида, попадают все иерархические уровни адаптации: физиологический, биологический, социальный и психологический [9]. Другими словами, перед здоровым организмом в рамках обыденной деятельности в условиях при-

вычной среды существования проблема саморегуляции не стоит, т.к. нет проблемы.

Саморегуляция как цель, как проблема, требующая решения, возникает тогда, когда индивид ставит перед собой задачи, далеко выходящие за рамки привычных усилий и условий, требующие предельной эксплуатации ресурсов организма и личности для достижения поставленных рубежей. В этом случае саморегуляция выступает «мобилизационным инструментом» высших достижений: физических, интеллектуальных, социальных.

Либо, напротив, проблема саморегуляции возникает в ситуации предельного истощения ресурсов здоровья, приводящих и к сбою естественных адаптационных механизмов и к нарушению адекватного функционирования естественных регуляторных механизмов витальных физиологических функций. В первую очередь подобные нарушения проявляются в регуляции деятельности наименее «инерционных» систем, что выражается в дисфункции сердечно-сосудистой системы, извращении естественных



механизмов сна, возбуждения и торможения ЦНС, нейрофизиологических механизмов регуляции эмоций. Далее изменения начинают отражаться в более фундаментальных и менее «реактивных» процессах: регуляции основного обмена, деятельности оси «гипоталамус – гипофиз – гонады», иммунных нарушениях.

Примером такого развития ситуации является широко обсуждаемое сторонниками «здорового образа жизни» «третье состояние» — состояние «пост-здоровья» и «пред-болезни». При этом из поля обсуждения обычно выпадает тот факт, что при успешном лечении и оздоровлении человека «третье состояние» оказывается своей диалектической противоположностью — «пост-болезнью» и «пред-здоровьем». Сам термин «третье состояние» был предложен И. И. Брехманом [2; 4], как определение промежуточного между здоровьем и болезнью состояния. Первоначально понятие подчеркивало диалектическое единство «здоровья» и «болезни» и имело в большей степени философское звучание, чем конкретное физиологическое смысловое наполнение. Впоследствии, благодаря работам В. П. Казначеева, «третье состояние» стали трактовать как «процесс хронического напряжения..., который не укладывается ни в известные механизмы стресса по Г. Селье, ни в самые сложные механизмы неврогенной природы» [5, с. 123]. Сегодня «третье состояние» понимается уже как целая группа состояний организма, основной общей чертой которых является снижение потенциальной способности к адаптации, истощение неспецифических адаптогенных систем и, как следствие, ухудшение адаптации человека к различным нагрузкам и изменениям внешней среды. В самочувствии уже присутствуют начальные признаки нарушения функций и первичная манифестация формирующегося патологического процесса.

Именно в ситуации пограничного «третьего состояния» проблема саморегуляции приобретает особое значение, а ценой успешных действий становится либо выздоровление и жизнь, либо развитие хронического заболевания, сокращающего срок человеческой жизни. Здесь проблема саморегуляции видится в не-

обходимости волевого управления («ручного управления») в противовес «автоматическому управлению») бессознательными функциями организма.

Справедливости ради необходимо отметить, что существует и такой альтернативный вариант решения проблемы саморегуляции в условиях «третьего состояния», как «стратегия устранения стресса», способствующая запуску естественных восстановительных процессов в организме, на фоне которых произойдет и нормализация естественных регуляторных механизмов. Сторонники данного подхода, упрощенно говоря, полагают, что если поместить человека в условия, полностью устраняющие острый и хронический стресс, то нормальные механизмы самовосстановления рано или поздно приведут организм в состояние здоровья. Стратегия вполне эффективная, но только на самых ранних стадиях формирования «третьего состояния», когда сужение «адаптационных рамок» ограничивается наличием метеочувствительности и самых поверхностных проявлений астении и нейро-циркуляторной дисфункции. В случае же серьезного истощения ресурсов организма, в ситуации выздоровления, движения от болезни к здоровью «стратегия устранения стресса» абсолютно бесполезна и поэтому мы ее дальше рассматривать не будем.

**Во всех же остальных случаях ключевой стратегией саморегуляции является достижение сознательного контроля за обычно бессознательными функциями тела и психики и установление произвольного волевого управления этими функциями.**

Затруднения в реализации контроля и управления бессознательными функциями состоят не только в том, что требуется становление специфического навыка этих действий и последующее доведение этого навыка до уверенного безотказного исполнения в условиях стресса, эмоционального напряжения или срыва регуляции функции, т.е. в ситуациях требующих именно экстренной сознательной регулятивной деятельности. Основная проблема волевого управления (реализации намерений управления) бессознательными функциями состоит в том, что маркеры этих функций не представлены в сознании. Ряд таких маркеров путем утон-



ченного самоконтроля мы можем ввести в поле сознания (например, функции внешнего дыхания, ритм и частота сердечных сокращений, температура тела). Другие же недостижимы даже при самых изощренных психотехниках – работа печени, кишечника, сосудистый тонус и т.д. [1, с. 31]

Некоторые из неосознаваемых параметров функций тела могут быть осознаны через косвенные признаки: мышечный тонус — через ощущения тяжести, тонус поверхностных сосудов – через ощущение тепла.

Другие неосознаваемые параметры могут отразиться в виде визуальных или звуковых сигналов при использовании специальной аппаратуры (применении методов биологической обратной связи) и управление этим сигналом позволяет «нащупать» канал регуляции конкретной функции, а через них и управления организмом в целом, т.е. техническое решение проблемы саморегуляции.

Однако аппаратное обеспечение обучения саморегуляции через методы биологической обратной связи малодоступно на сегодняшний день и поэтому применяется редко. Поиск «рычага управления» через косвенные признаки используется гораздо шире.

В методологическом контексте мы должны определить как минимум два этапа, две составляющих в деле формирования навыка управления неосознаваемыми и косвенно осознаваемыми соматическими функциями: формирование навыка распознавания косвенных признаков и развитие навыка совершения волевого усилия в концентрации на изменении функции.

Из этих соображений сразу обращается на себя внимание как достойный объект для тренировки указанных навыков процесс внешнего дыхания. С одной стороны этот процесс обладает достаточно высоким уровнем собственного автоматизма и во взаимодействии с этим автоматизмом удобно и достаточно безопасно оттачивать навык волевого усилия изменения функции тела. Изменение и ритма дыхания и его глубины и продолжительности задержек — все это тренировочные упражнения волевой регуляции. С другой стороны мы редко видим глубоко осознанность всех элементов работы

диафрагмы и скелетных мышц в процессе дыхания — что представляет отличное поле для тренировки навыка нахождения и удержания контроля над слабо осознаваемыми признаками.

Поэтому наиболее удобным инструментом развития способностей к волевому контролю и управлению функциями тела являются дыхательные упражнения, подразумевающие сознательное и намеренное управление функцией внешнего дыхания, т.к. дыхание с одной стороны является непроизвольным процессом и регулировать его функции мы можем до определенного порога, с другой стороны – регулировка дыхания представляется собой удобный для тренировки процесс, объединяющим и волевое усилие и управление произвольной скелетной мускулатурой. **При этом основным объектом тренировки является не функция внешнего дыхания, а способность совершать волевое усилие.**

Можно предполагать, что именно методологическое удобство дыхательных упражнений в деле развития способностей к сосредоточению и совершению волевого усилия обеспечило присутствие того или иного дыхательного комплекса в большинстве популярных систем саморегуляции и оздоровления.

Это касается как традиционных направлений (хатха-йога, цигун, системы подготовки бойцов в восточных единоборствах), так и современных систем, для которых дыхательные упражнения являются основными или единственными инструментами саморегуляции, как например «система Бутейко», «дыхательная гимнастика Стрельниковой» или «эндогенное дыхание Фролова».

В данной статье автор кратко излагает основные принципы и достоинства используемого им комплекса дыхательных упражнений, названного им «Система Чаши». Данный комплекс входит составной частью в оздоровительную систему «Три оси здоровья», описанную в серии книг издательства «Феникс», изданных под псевдонимом Б. А. Медведев. [6; 7; 8]. На примере «системы Чаши» обобщаются основные принципы формирования образных представлений для повышения эффективности дыхательных упражнений в других комплексах и системах.



За больше чем 12 лет ее использования и преподавания доводилось видеть замечательные результаты использования этой системы при прекращении панических атак и приступов стенокардии, экстрасистолии, приступов бронхиальной астмы, снятия болевых приступов при колите и гастритах, а также оздоровительные эффекты длительного применения, связанные с устранением воспалительных явлений в брюшной полости и малом тазу, подтверждаемые, к примеру, результатами УЗ-исследований, отмечавших устранение длительно существовавшего выпота в дугласовом пространстве. При этом психологические эффекты, связанные с общим субъективным улучшением самочувствия, повышением чувства контроля над собственной жизнью, формированием позитивного настроения присутствуют всегда — что уже делает предлагаемую систему заслуживающей внимания.

В основе упражнение лежит «прямой однодыхательный цикл». Это значит, что движение дыхательных мышц осуществляется по принципу «прямого дыхания»: вдох происходит естественным образом за счет расслабления и выпячивания нижней части живота. При этом диафрагма опускается, ребра слегка расходятся и воздух целиком заполняет легкие. Выдох следует в обратном порядке: живот напрягается и подтягивается, диафрагма поднимается, межреберные мышцы сокращаются и выдыхаемый воздух покидает легкие. Считается что это естественный, природный рисунок дыхания и именно так дышат младенцы и животные.

Но это всего лишь механическая мышечная работа по перекачиванию воздуха. В ней нет ничего нового. Этот тип дыхания является базовым как для йоговской пранаямы, так и для методик цигуна и даосской алхимии. И там и там на следующих этапах присоединяется работа сознания, реализующаяся в первом случае в образных представлениях «системы чакр», во втором случае — в образных представлениях «системы орбит и дан-тяней».

Однако и чакры и дан-тяни не являются анатомическими и физиологическими фактами. Они — всего лишь центры сосредоточения и концентрации внимания, единствен-

ным обоснованием расположения и функций является традиционное обучение адептов.

Для нашего современника и соотечественника и чакры и дан-тяни не являются очевидным объектом, они рождены в системах представлений и образов, не привитых с детства нашему сознанию. И поэтому при освоении дыхательных упражнений пранаямы и цигуна, возникает достаточно длинный «холостой» период, в течении которого формируется суррогат образных представлений, которые у китайца, японца или индуса существуют с детства, присутствуют в его «коллективном бессознательном», являются типичными для его эгрегора. В конце концов у нашего соотечественника эти представления вырабатываются, образы, как «привитые отростки» «приживаются» и методика худо-бедно начинает работать. Но именно худо-бедно, потому что суррогат всегда хуже натурального продукта.

Так как автор на протяжении многих лет работал именно с людьми с низким уровнем здоровья, их состояние не позволяло ждать отсроченного эффекта. Поэтому было принято решение о выходе из системы традиционных образных представлений. Так родилась «система Чаши», опирающаяся на систему образов, более близкую к европейской и православной культуурообразующим традициям.

**Особенностью «системы Чаши» является использование оригинальной системы образных представлений, облегчающих быстрое усвоение дыхательной техники. При этом используемые образы имеют не «точечное» представление, а апеллируют к объемам внутренних полостей тела. Комплекс «предусмотренных ощущений» обязательно включает в себя эмоциональную окраску образов. Эмоциональная «градуировка» образов совершается с использованием ресурсных состояний.**

*Работа в системе достаточно проста.*

Эта работа на первых этапах состоит в создании образа вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. Так как мы «отягощены» анатомическими знаниями, для полноценного ощущения циркуляции мы заменяем «движение воздуха» — «движением энергии»,



приносимой воздухом. Этот образ для лучшего методического освоения необходимо тут же насытить признаками, соответствующими основным каналам получения информации. Поэтому «образ энергии» является «потоком», прозрачного, ясного, кристально чистого голубого света, вызывающий чувство доверия и покоя – как мягкая и теплая морская волна, качающая тело в ленивом ритме пляжного прибора.

«Путь потока» — «орбита движения энергии» — начинается с ощущения давления воздуха в носовых ходах. Дальше разум направляет образ потока энергии от носа через грудь и низ живота в промежность к точке, расположенной между мошонкой (задней спайкой половых губ) и анусом. Поток энергии должен достигнуть этой точки орбиты на вершине вдоха. Обрато он движется на выдохе вдоль позвоночника обратно к носу. Круг замыкается кончиком языка, прижатым к десне за верхними резцами. После выдоха и вдоха есть маленькая пауза, во время которой дыхание не удерживается «с усилием», а просто ничего не происходит. Это не задержка дыхания, а крошечный промежуток «неделания», не принадлежащий ни вдоху, ни выдоху. В идеале фаза выдоха должна сопровождаться неподвижным усилием подтягивания ануса. Это усилие выступает в роли дополнительного «тазового насоса».

*Это дыхательная основа «системы Чаши».*

Дальше идет собственно работа с образными представлениями, в основе которых лежит базовый образ «наполнения чаши». Формирование этого образного представления достаточно просто даже для занимающихся с неразвитым навыком визуализации и телесного контроля. Действия при «наполнении Чаши» раскладываются на два этапа изучения: формирование образного представления «энергетических центров» и их постепенное наполнение энергией — не только на уровне словесного и зрительного образа, но и на уровне физических ощущений.

*Таких центров четыре: Основание, Устой, Узел и Чаша.*

«Основание» включает в себя осознание объема от промежности до верхнего края

лонной кости. Важно, чтобы образ изначально формировался не как плоская проекция на тело, а как ощущение объема. Заполненное Основание ощущается теплым, плотным, светло-серым, непоколебимо спокойным.

«Устой» является как бы зеркальным отражением Основания в объеме между верхним краем лонной кости и пупком. «Выращивают» Устой из крохотного комочка энергии, лежащего на верхней плоскости основания, который затем, по мере роста, поднимается вверх, к середине расстояния между Основанием и пупком. Шарик постепенно растет, приобретая следующие качества: он должен быть солнечно-желтым, плотным, теплым, тяжелым и веселым(!). Обычно к моменту окончательного формирования шарика из него и формируется ощущение полной наполненности Устоя — от Основания до пупа.

«Узел» формируется образом шарика, расположенным в проекции солнечного сплетения. Работа с этим образом очень позитивно воспринимается клиентами со страхами и тревожностью. Смена привычного ощущения «сосания под ложечкой» на ощущение сильного, теплого, прочного, блестящего как полированное серебро, Узла субъективно воспринимается ими как «победа над страхом и тревогой». Сформированный Узел теплый, плотный, уверенный, греющий приятным теплом. Такое тепло мы чувствуем, когда греем руки над уютным пламенем камина. Это и есть цвет Устоя — цвет мирного и греющего огня.

«Чаша» ощущается заполнением всей грудной клетки образом светлой, чистой, бело-голубой, бурлящей и светящейся энергии, которая полна переживания любви. Любви, хранящей и всеобъемлющей, объединяющей со всем миром.

На этом этап «формирования Чаши» заканчивается.

Работа с Чашей в рамках специальных дыхательных и энергетических техник описана достаточно подробно [7, стр. 262-264] и объем этих описаний выходит за рамки статьи и описания «рецептуры» формирования образных представлений, повышающих эффективность практически любых дыхательных и гимнастических комплексов.



Опыт автора свидетельствует, что успешное включение сложных словесно-зрительно-кинестетических образов в повседневные комплексы дыхательных и оздоровительных гимнастик значимо улучшает субъективное восприятие своего состояния и общий эмоциональный фон клиентов с соматической патологией широкого диапазона: от необъективизируемых психосоматических жалоб до клинически подтвержденных заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной системы.

### ЛИТЕРАТУРА

19. *Бахтияров О. Г.*, Активное сознание. – М.: Постум, 2010. 272 с
20. *Брехман И.И.* Введение в валеологию — науку о здоровье. Л., 1987. 125 с.
21. *Брехман И.И.* Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. 1982. № 2. с. 48–53.
22. *Давиденко, Д.Н.* Здоровье, адаптация и резервы организма человека / Д.Н. Давиденко // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения: труды V Всерос. науч.-практ. конф. – Санкт-Петербург: Изд-во Политехн. ун-та, 2010. – 223 с.
23. *Казначеев В.П.* Проблемы человековедения / науч. ред. и послесловие А.И. Субетто. – М.: Исследовательский центр про-

блем качества подготовки специалистов, 1997. 352 с.

24. *Медведев Б.А.*, Анти-Норбеков или Чем обезьяна лучше дурака. – Ростов-на-Дону, Феникс, 2004

25. *Медведев Б. А.*, Животворящее дыхание. – Ростов-на-Дону, Феникс, 2007.

26. *Медведев Б. А.*, Избавление от болей в спине. – Ростов-на-Дону, Феникс, 2006.

27. *Попов Г.Н., Ширенкова Е.В., Серазетдинов О.З.*, Критерии здоровья: адаптация, социализация, индивидуализация, // Вестник Томского государственного педагогического университета, № 5 / 2007.

### **The role of complex visual images in the efficiency of self-regulation by using breathing exercises**

*Ingerleyb Mikhail B.*,  
(Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia)

**ABSTRACT:** This article discusses the basic provisions of the author's health system and summarizes the principles of formation of visual images to enhance the effectiveness of breathing exercises in other complexes and systems.

**Keywords:** image, willpower, self-regulation, breathing exercises, improvement, "the third state".

# ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ВАЖНОСТЬ ПСИХО- КОРРЕКЦИОННОГО КОМПОНЕНТА

ФОМЕНКО М. Ю.,  
(Ряз.ГМУ, Рязань, Россия)  
ФОМЕНКО Н. П.,  
(Ряз.ГМУ, Рязань, Россия)

## Аннотация

*В статье описываются важные аспекты реализации образовательных программ школы здоровья для больных бронхиальной астмой. Отмечается их значимость для повышения эффективности лечения таких пациентов. Выделены некоторые особенности школ здоровья, способствующие включению в них психокоррекционного компонента.*

**Ключевые слова:** астма-школа, образовательная программа, школа здоровья, психосоматические соотношения.

**УДК 616.248:615.851**

Современный темп жизни формирует серьезные требования к реализации лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий в соматической клинике. Наука находится в постоянном поиске технологий повышения качества оказания медицинских услуг, с учетом сохранения качества жизни пациента, его экономической роли и социального статуса. Бронхиальная астма является одним из эпидемиологически значимых заболеваний, влияющих на качество жизни пациентов, это самая распространенная хроническая болезнь среди детей (данные ВОЗ 2011 года) [4]. В глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы GINA (Global Initiative for Asthma) последнего пересмотра также отмечено, что бронхиальная астма является серьезной мировой проблемой. В докладе рабочей группы GINA указывается необходимость проведения образовательных мероприятий для больных бронхиальной астмой [2,8]. Приводятся многочисленные данные (осо-

бенно в зарубежном выпуске соответствующих рекомендаций) о влиянии психологических факторов на развитие заболевания [8].

Такие программы необходимо развивать, привлекая к этому не только врачей, но и клинических психологов, а также другой медицинский персонал, реализуя бригадный подход к организации лечебных мероприятий. Это объясняется важными аспектами самого заболевания, а также необходимостью совершенствования лечебного процесса.

Одним из первых доводов в пользу развития такого рода программ, является очевидный факт: пациенты часто не осведомлены о том, что у них за заболевание, к каким последствиям оно приводит, каким образом можно контролировать течение болезни, тем самым улучшая качество жизни.

За рубежом образовательные программы для больных бронхиальной астмой распространены с конца семидесятых годов. Около 11 программ с 1977 года были оценены



научным сообществом в США, Австралии, Новой Зеландии. В основном это были программы для детей. Среди положительных результатов их адаптации отмечены: снижение количества осложнений заболевания, уменьшение числа обращений в скорую помощь, госпитализаций и их продолжительности. Положительное влияние применения такого рода программ для пациентов касалось улучшения функциональных проб, используемых при контроле эффективности лечения бронхиальной астмы [9].

Такая действенность объяснялась повышением осведомленности пациентов об их заболевании, улучшением навыков самоконтроля, побуждением к более последовательному использованию необходимых лекарственных средств, более качественному контролю за симптомами, например, правильному использованию ингаляторов. Некоторые авторы, исследовавшие образовательные программы для больных бронхиальной астмой, в конце девяностых годов заключили, что упрочение навыков самоконтроля заболевания может быть ценным решением в вопросе повышения эффективности лечения бронхиальной астмы (Sly, 1999, Evans., 1997, Fitzpatrick, 1992) [9].

Известно, что в России широко используются определенные образовательные программы в рамках школ здоровья. Они организуются в больницах, специализированных медицинских центрах. Одной из лучших и эффективных форм обучения пациентов являются систематические занятия в «астма-школе» [5].

В отечественном выпуске рекомендаций GINA, отмечено, что бронхиальная астма не является психосоматическим заболеванием. Не вступая в дискуссию для разрешения терминологических споров различных парадигм современной психосоматической медицины, важно подчеркнуть то, что это заболевание имеет целый ряд психосоматических соотношений, являющихся характеристикой преморбидной структуры личности, либо возникающих на фоне самой болезни. Также имеются данные о распространенности тревожных и депрессивных проявлений среди больных бронхиальной астмой [8,9]. В зарубежных изданиях часто отмечается важность учета

психосоциальных факторов в развитии подходов к лечению заболевания [8,9].

Клинические особенности бронхиальной астмы, необходимость длительного лечения, периодические госпитализации, страх перед удушьем формируют у пациента состояние хронического эмоционального перенапряжения, тревожности, которые значительно ухудшают течение заболевания.

В данной работе мы подчеркиваем возможность использования различных психокоррекционных мероприятий в рамках «астма-школы», которая, как образовательная программа, устанавливает определенные методические рамки.

Можно выделить концептуальные положения, которые лежат в основе образовательных программ «астма-школы», но отметим, что они не являются исчерпывающими:

1. здоровье пациента потенциально может быть восстановлено при условии соблюдения здорового образа жизни;
2. психологическая реабилитация пациентов предшествует физической;
3. пациенты должны быть проинформированы об основах фармакотерапии и самоконтроля [5].

Важно отметить, что само влияние «астма-школы» на пациентов, участвующих в ней, также играет важную роль. Психологический дискомфорт снижает эффективность образовательных программ «астма-школы», а в некоторых публикациях отмечаются их негативные последствия: нарастание у части слушателей тревожности, мнительности, снижение физической активности [3]. Это крайне нежелательные эффекты дополнительно организуемых мероприятий по улучшению качества лечения и реабилитации. Они связаны с большим количеством факторов, в том числе и психологических: например, преморбидные личностные характеристики пациентов, семейный климат, особенности копинг-стратегий, защитных механизмов, активизировавшихся в связи с переживанием соматического недуга.

В ходе общения врача соматического отделения и пациента с бронхиальной астмой может возникнуть необходимость преодоления конфликта между выраженными



тенденциями зависимости и защиты больного относительно врача. Однако это не всегда представляется возможным вследствие того, что для проработки данного конфликта врачу необходима специальная подготовка, к тому же проводимая работа предполагает глубокий, последовательный, методически и технически продуманный профессиональный подход. В работе Б. Любан – Плоцца отмечается вероятность «вмешательства, передозированного относительно близости и теплоты» [7], что может привести к несоблюдению границ общения, перекладыванию ответственности на врача, к манипулятивному поведению и негативно сказывается на формировании комплаенса как одного из важных факторов, обеспечивающих эффективность лечения.

Возникает вопрос о том, почему образовательную программу необходимо реализовывать именно в рамках своеобразных групповых мероприятий, например, школ здоровья.

Уже с 1986 года Н.С. Deter сообщает об ориентированной на болезнь групповой терапии, причем проводимой стационарно и амбулаторно. Свою позицию относительно данного вида психокоррекционного вмешательства он основывает на концепции необходимости информирования пациента о его болезни, о ее патофизиологических механизмах, о возможностях терапии и эффективного контроля [7].

Групповая работа представляется наиболее приемлемым вариантом сочетания образовательной программы и психокоррекционных методов и техник. Имеется ряд факторов, обуславливающих выбор такой формы работы с пациентами в общесоматической клинике, в том числе экономический. Он может рассматриваться с двух сторон: как возможность за достаточно короткое время провести работу с относительно большим количеством пациентов, что позволяет эффективно распределять время врачу и клиническому психологу. С другой стороны — это экономия расходов на данный вид деятельности администрацией медицинского учреждения. Экономическая выгода подчеркивалась неоднократно зарубежными специалистами с учетом уменьшения рецидивов заболевания и улучшения качества жизни,

позволяющих не снижать социальную активность работающим пациентам [1,5,9].

Одними из основных и очевидных с точки зрения специалиста – психолога предстают факторы группового взаимодействия. Мы можем опираться на различные парадигмы групповой психотерапии, применять тезисы социальной психологии, нонеобходимо отметить, что в группе пациентов будет иметь место известная динамика. Она станет помогающим фактором только при умелом и качественном подходе специалиста. Таким образом, рекомендуемая форма работы астма-школы– групповая– порождает серьёзный запрос на узкопрофессиональный аспект эффективном использовании данного фактора, во избежание выше названных негативных последствий такого типа работы. Важно отметить, что сочувственная и понимающая атмосфера однородной по заболеванию группы пациентов способствует самоэксплорации больных, их эмоциональному благополучию, при условии корректного подхода к ведению группы.

Таким образом, групповая форма работы представляется наиболее приемлемой для реализации программ школ здоровья для больных бронхиальной астмой и требует включения в них психокоррекционных методов. Особенности деятельности астма-школ подразумевают наличие индивидуальной работы с пациентами, их самостоятельной проработки некоторых проблем при формировании соответствующей мотивации. Несомненно, важным при адаптации такого рода программ становится необходимость вовлечения в функционирование астма-школ специалиста-психолога. Предлагаемый вариант работы связан с реализацией бригадного метода, проявляющегося в систематизированном взаимодействии врача и клинического психолога: имея конкретный запрос врача, данные о пациенте, заболевании и его течении, психолог реализует направленное психокоррекционное воздействие. Итогом дальнейшей разработки этого подхода, при успешном воплощении в рамках школы здоровья, будет повышение уровня комплаентности пациентов, позитивное изменение психосоматических соотношений и улучшение качества их жизни.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Геппе Н.А., Гребенева И.В., Карлушкина А.В. Роль астма-школы в комплексе лечебно-профилактических мероприятий у детей с бронхиальной астмой// Российский вестник перинатологии и педиатрии.: Научно-практический рецензируемый журнал. – 2000. – Том 45, N 5 . – С. 29–34.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011) / Под. ред. А. С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 108 с., ил.
3. Заболотских Т.В., Баранзаева Д.Ч., Мизерницкий Ю.Л. Клиническая эффективность психокоррекции в комплексной терапии детей с бронхиальной астмой, обучающихся в астма-школе.//Аллергология, 2003. – № 3. – С. 8–16.
4. Информационный бюллетень №307: Астма. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. Центр СМИ ВОЗ: Информационные бюллетени, 2015. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs3>
5. Коршунова Л.В, Ракута Д.Р. Методические рекомендации Практика ведения «астма-школ» в условиях муниципальной поликлиники. – Рязань, 2001.
6. Ленская Л.Г. Комплексная оценка эффективности контроля над бронхиальной астмой (на модели Томской области): Автореф. дис. д-ра мед.наук. – Барнаул, 2007. – 20 с.
7. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб.: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1996. – 241 с.
8. Global strategy for asthma management and prevention (updated 2015). [Электронныйресурс] Global Initiative for Asthma, 2015. – Режим доступа: [http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA\\_Report\\_2015\\_May19.pdf](http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2015_May19.pdf)
9. Volovitz B. Asthma Education. In: JH Stone, M Blouin, editors. [Электронныйресурс] International Encyclopedia of Rehabilitation, 2010. – Режим доступа: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/287>

### **Health School education programs for asthma patients: the importance of psychocorrectional component**

Fomenko M. Y.  
(RSMU, Ryazan, Russia)  
*Fomenko N. P.*  
(RSMU, Ryazan, Russia)

**Abstract:** This article describes the significant aspects of the implementation of Asthma Education Programs. These programs is important for improving the efficiency of treatment of asthma patients. There are some features of Health Schools that promote the inclusion of psychocorrectional component.

**Key words:** Asthma Education Programs, Health Schools, psychosomatic relationship

## ОБ АВТОРАХ

---



**ХАЙКИН А. В.**, кандидат психологических наук. Автор метода саморегуляции «Стресс-Айкидо». Президент Восточно-Европейского Психосоматического Общества. Главный редактор научного сетевого журнала «Психосоматика и саморегуляция». Психотерапевт Единого Реестра профессиональных психотерапевтов Европы. Ростов-на-Дону.

Область научных интересов: отношения психического и телесного в порождении и исцелении соматических болезней, разработка техник и подходов психосоматотерапии и саморегуляции, исследование методологии процессуальных подходов.

E-mail: [alval\\_khaikin@mail.ru](mailto:alval_khaikin@mail.ru)

Сайт: [khaikin.ru](http://khaikin.ru).



**АНОХИН М. С.**, г. Ростов-на-Дону, «Областная детская больница», врач-анестезиолог. психолог-консультант, член Совета «Восточно-Европейского Психосоматического Общества».

Излюбленный метод практической работы: процессуальная гипнотерапия.

E-mail: [anohinm@mail.ru](mailto:anohinm@mail.ru)



**КУДАЕВ А. Е.**, директор Центра Медицинских Инновационных Технологий «АРТЕМИДА», автор метода «Многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия».

Научные интересы: биорезонансная терапия, психология, физика.

E-mail: [artemida61@mail.ru](mailto:artemida61@mail.ru)





**ЗАМЛЕЛАЯ И. В.**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фармакологии и клинической фармакологии ГОУ ВПО Ростовского Государственного Медицинского Университета Минздрава РФ, врач биорезонансной терапии Медицинского Центра Инновационных Технологий «АРТЕМИДА».

Научные интересы: биорезонансная терапия, психосоматическая медицина, фитотерапия.

E-mail: zamlelaya\_irina@rambler.ru



**ХОДАРЕВА Н. К.**, кандидат медицинских наук, заведующая отделением рефлексотерапии ГБУ РО «Центр Восстановительной медицины и реабилитации №1», главный врач Центра Медицинских Инновационных Технологий «АРТЕМИДА».

Научные интересы: биорезонансная терапия, психосоматическая медицина.

E-mail: nkh@nm.ru



**БАРСУКОВА Л. П.**, научный сотрудник Центра Медицинских Инновационных Технологий «АРТЕМИДА».

Научные интересы: биофизика, неспецифические адаптационные реакции организма



**ШЕМЕРОВСКИЙ К. А.**, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Отдел физиологии висцеральных систем ФГБНУ «Институт Экспериментальной Медицины» (197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, 12, т. +7 921 323 46 99)

Научные интересы: хронофизиология, хрономедицина, хронобиология, гастроэнтерология, биоритмология, психосоматика, терапия, сомнология. (фото Шемеровский)

E-mail: constshem@yandex.ru



**АХМАДУЛЛИНА А. А.**, к.псих.н., директор «Тренинг центра ИНО КФУ», ведущая по методике саморегуляции, основатель женской школы, консультант, психотерапевт Европейского реестра.

Научно-практические интересы: мотивация, ценности, эмиграция, адаптация, обучение практической психологии, изучение процессов саморегуляции, индивидуальное консультирование, групповое консультирование.

Контакты: +7-917-932-80-08,

www.ahmadullina.ru



**ИНГЕРЛЕЙБ М. Б.**, старший преподаватель кафедры психологии образования Академии психологии и педагогики Южного Федерального университета, врач-невролог, врач традиционной китайской медицины, автор более 50 книг по медицине, боевым искусствам, здоровому образу жизни. Член МНПОО «Восточно-Европейское Психосоматическое Общество»

Научные интересы: волевые процессы, саморегуляция, боевые искусства.

E-mail: ingerleyb@gmail.com





**ЗУЙКОВА Н. Л.**, заведующая и профессор кафедры Психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института РУДН; к.м.н; доцент;

- Психиатр, психотерапевт, организатор здравоохранения.
  - Председатель правления Межрегиональной общественной организации «Профессиональное медицинское объединение психотерапевтов, психологов и социальных работников» г. Москвы и Московской области (МОП, 2013).
  - Заместитель главного редактора рецензируемого, рекомендованного ВАК журнала, «Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика».
  - Член Российского общества психиатров (РОП).
  - Действительный член и дипломант профессиональной психотерапевтической лиги (ППЛ) по преподаванию и работе методом терапии творческим самовыражением
  - Имеет второе высшее образование по психологии и сертификат психотерапевта, супервизора и тренера Европейской Ассоциации Трансактного Анализа (ЕАТА; РТСТА). Сертифицированный психолог-консультант Европейской Ассоциации Психологического Консультирования (ЕАП).
  - Автор модальности «Клиническая Психосоматическая Психотерапия», руководитель секции клинической психосоматики в ППЛ, руководитель модальности «Трансактный анализ» в ППЛ.
  - Член экспертного совета г.Москвы по оказанию психотерапевтической помощи ОМС. Консультативно — терапевтическая и преподавательская практика около 20 лет. Сфера профессиональных интересов: психотерапия больших и малых психосоматозов; Семейная психотерапия исходя из характеров людей в аспекте психосоматики (биопсихосоциодуховная парадигма); Терапия творческим самовыражением и Трансактный анализ в адаптациях к дистрессу, при психологических проблемах возраста и в решении задач самореализации.
- ТВ: Телеканал Россия 1. Документальный фильм: «Характер и болезни. Кто кого?» (2012)

<http://video.rutv.ru/brand/show/episode/125916>

сайты: [www.Rospsy.org](http://www.Rospsy.org); [www.znlp.ru](http://www.znlp.ru)





**ФОМЕНКО М. Ю.**, клинический психолог, ассистентка кафедры клинической психологии и психотерапии РязГМУ им. Павлова, действительный член профессионального общественного объединения РОО «Арт-терапевтическая ассоциация», член МНПОО «Восточно-Европейское Психосоматическое Общество».



**ФОМЕНКО Н. П.**, врач–терапевт высшей категории, ассистент кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО РязГМУ им. И.П. Павлова.

