

Мёбиусная терапия

Г.П. Юрьев

Институт философии Российской академии наук

В статье обосновывается новый подход к диагностике и терапии синдрома моральной интоксикации человека в парадигме ленты Мёбиуса и структуры кофигуративного ума.

Ключевые слова: *здоровье, моральные ценности, кофигуративный ум, лента Мёбиуса.*

Врач-философ подобен богу
Гиппократ [1]

Введение

В серии статей [2] представлены теоретические и прикладные аспекты биоэтической регуляции мёбиусного типа, а также способы инструментальной диагностики поверхностных и глубинных субличностных структур. Пришёл черёд логически обосновать и описать теорию и результаты мёбиусной терапии [3].

Авторская технология неотъемлемо включает в себя биоэтическую диагностику одним из уже известных способов, как то: фломастерный тест Юрьева, Цветография и/или Эгоскопия, и алгоритмизированную «мягкую» интервенцию специалиста под маску социальных стереотипов (клише) клиента. Не следует априори страшиться термина «мягкая моральная интервенция», поскольку человек, обратившийся за помощью к специалисту психологического профиля, в большинстве случаев бывает настолько запутан в сетях своей жизненной ситуации, что бывает проще и эффективнее помочь ему соскользнуть в другой Мёбиус, чем распутывать узлы моральных и соматических страданий.

Можно применить философский опыт М. Мамардашвили для соединения в топосе статьи как бы разнородных, на первый взгляд, понятий и действий в пространстве трансцендентных идей и телесных функций. Это фрагменты из его лекций по античной философии (лекция 9).

Он пишет: «Существует сетка, называемая сеткой Мёбиуса, – какая-то плоскость, на которой расположены точки, и на ней выполняются законы соседства и соединения точек: можно поместить точки вне самой плоскости, на которой они расположены, и потом собирать их, объединять. И в итоге соединить все точки плоскости, но через сеточные точки. Вот такая сетка, имеющая узлы – сетка Мёбиуса. Когда появляется особого рода упорядоченность, то совершенно иначе решаются проблемы бесконечности, проблемы ухода за бесконечный ряд и т.д.

Представьте себе, что наша реальная психическая жизнь – нечто вроде такой плоскости с бесконечным числом точек. Мы можем их упорядочить. Чем? Тем, что я называю порядками – всё то же небо как астрономическое идеальное тело. Идеальный музыкальный инструмент у пифагорейцев тоже можно представить себе как сетку из узлов, в которую вбирается вся хаотическая совокупность звуков. Эта сетка может быть перебрана и организована. Эти точки можно назвать воображаемыми, они будут иметь другой статус, чем реальные точки в плоскости.

Теперь этот пример – вместе со словом «воображаемый», которое означает, что реальность сеточных точек иная, чем реальность точек, которые организуются через сеточные точки, – наложим на так называемую проблему идей. Тогда получим утверждение о том, что жизнь в мире есть какая-то абстрактная ткань, организующая мёбиусные точки: на ней набираются точки нашей бесконечной, беспредельной, в пифагорейском смысле слова, жизни, то есть жизни хаоса, распада. ... Точки эти собираются на этой ткани, а сама ткань является тем, что можно назвать структурой. И Платон именно эти структуры назвал идеями» [4]. Продолжая развивать тему трансцендентных жизненных идей, многие из которых порождены в мёбиусных ротациях моральных антиномий, опишу методический подход к некоторым страданиям человека.

Синдром моральной интоксикации

От философии мёбиусных структур перейдём к философии жизни. Если применить логику формирования надындивидуальных конкретных и трансцендентных идей человека к мёбиусной сетке коллективного бытия, то можно понять как бы странную парадоксальность таких известных утверждений, как, например, «благими намерениями устлана дорога в ад», «не делай добра, не будет и зла» и т.п. Антиподные качества «добро» и «зло» объединены в этих пословицах союзом «и» в трансцендентном топосе трилеммы – одном из базовых элементов упорядоченного бытия [5]. И тогда могут происходить следующие закольцованные события: естественные моральные оппозиции, непрерывно структурирующие разные аспекты человеческой жизни, становятся источником как бы непреодолимых нравственных и телесных страданий для некоторых участников социальных действий. У них появляются признаки «почти нездоровья», не поддающегося исправлению с помощью медицинских процедур. Возникает то, что автор статьи обозначил понятием **«синдром моральной интоксикации – острой и хронической»**. Именно эти случаи в основном и являются показанием для мёбиусной терапии.

Введение новой дефиниции оправдано тем, что в медицине существует категория таких психических нарушений, которые именуются *«синдромом философской / метафизической интоксикации»*. Приведу краткую характеристику этого симптомокомплекса, описанного А.Е. Личко применительно к переходному из детства к взрослости возрасту. По его заключению, «ведущими симптомами являются непрерывные размышления о философских и социальных проблемах: о смысле жизни и смерти, о предназначении человечества, о самосовершенствовании, об улучшении жизни общества, о путях устранения опасностей, грозящих людям, о соотношении мозга и сознания, о матери и душе, о пятом измерении, о шестом чувстве и т. п. Путем раздумий и фантазий подросток «разрабатывает» свои собственные философские принципы, этические нормы, проекты социальных реформ. Отличительными признаками подобных «теорий» являются примитивность и отрыв от реальной жизни. Суждения противоречивы, сумбурны, вычурны и порой нелепы, чего сам подросток не замечает. Например, 17-летний больной рассуждал о том, что мир на Земле можно установить только путем распространения вегетарианской диеты, так как мясная пища пробуждает в человеке хищника, делает его агрессивным. Все доводы против, вроде того, что вегетарианцем был Гитлер, отвергались, как не имеющие значения.

Сутью метафизической интоксикации являются именно размышления, склонность к мудрствованию, тенденция к резонерству. В отличие от патологических увлечений активной деятельности здесь нет. Этим метафизическая интоксикация отличается от внешне сходных патологических увлечений интеллектуально-эстетического типа (Личко А. Е., 1973), где деятельность, а не раздумья, выступает на первый план, хотя она может быть односторонней и непродуктивной. ... Дифференциальный диагноз проводится с *транзиторной метафизической интоксикацией*, которая возникает у подростков с шизоидной и психастенической психопатиями и акцентуациями характера. В последнем случае развиваемые идеи никогда не выглядят нелепыми; в их основе лежит какое-то рациональное зерно, однако суждения отличаются односторонностью, преувеличениями, неспособностью трезво отнестись к своим ошибкам, негибкостью, «отсутствием гостеприимства к чужим мыслям» (Личко А. Е., 1985). Тем не менее, чутко улавливаются животрепещущие общечеловеческие проблемы, недостатки в жизни общества, пробелы и недостатки в распространенных доктринах и предлагаются меры для их устранения. Обдумыванием про себя не ограничиваются, ищут единомышленников. В беседах с ними порой интересно и увлекательно говорят о занимающем их предмете, умеют четко сформулировать мысль. Встретив заинтересованность собеседника, обнаруживают достаточную эмоциональную живость, как бы на время утрачивают шизоидные черты. – Автор приводит клинические примеры с соответствующими заключениями: – Диагноз. Вялотекущая неврозоподобная шизофрения. Синдром метафизической интоксикации. ... Диагноз. Психически здоров. Транзиторная метафизическая интоксикация на фоне акцентуации характера по шизоидно-психастеническому типу» [6].

Как вы себя чувствуете, уважаемый читатель? Комфортно ли вам от медицинской психиатрической определённости на фоне «конструктивной» деятельности наших СМИ? Обращаю лишь ваше внимание на первую часть последнего диагноза: Психически здоров.

Это принципиально важно для **синдрома моральной интоксикации**. Да, человек психически здоров, но нравственные, этические проблемы не позволяют ему жить в гармоничном согласии с собой и с другими участниками социальных коммуникаций. В таких случаях могут помочь специалисты биоэтического профиля с использованием алгоритмов специальной диагностики (Эгоскопия и Цветография) и трансцендентных элементов специально организованной терапии, направленной на локус и функции *конфигуративного ума*, обсудим это подробнее.

Конфигуративный ум

Основной тезис этого подраздела имеет конкретную цель подвести читателя к мысли, вернее подтвердить наверняка известные ему суждения о том, что трансцендентная идея существенно влияет на оздоровление человека тогда, когда она виртуально (ментально-образно) «врастает» в его телесность, соматизируется и становится его неразрывной привычной реальностью. Конечно, если она не из области вредной фантастики, а логически верная, хотя и научно непонятная. В традиционных методах лечения такими идеями, как правило, становятся мифологические и религиозные сюжеты. Указанное обстоятельство, как известно из практики целительства, уменьшает ареал применения методов народной медицины до топологически родственных идей конкретного этноса [7].

Следовательно, чтобы расширить ареал использования апробированных и эффективных методов традиционной терапии, необходимо расширить сам принцип порождения и воздействия трансцендентных идей, сделать их научно обоснованными и космополитичными. Указанное правило применимо и к сфере доказательной медицины. Для этого, по мнению автора, подходит **теория трилемматического материализма** (Юрьев Г.П.). Существенное место в этой новой концепции принадлежит принципу мёбиусной регуляции биоэтических структур и процессов. Подробно об этом изложено в работах автора [2], в этой же статье остановлюсь на особенностях ментальной деятельности человека и порождаемых им трансцендентных идей.

В основе авторской теории трилемматического материализма лежит технология синхронного инструментального измерения параметров ума и тела с помощью запатентованных методов Эгоскопии и Цветографии (Юрьев Г.П.). Технология называется УллаДа (UllaDa): Улла – это интуитивно-этическая часть нашего интеллекта, Да – сфера волевого принятия рациональных решений. Эта простая схема на самом деле включает в себя четыре ума: **интуитивный, эмоциональный, рациональный и конфигуративный**, и четыре типа морально-этических суждений: «**хорошо о хорошем**», «**хорошо о плохом**», «**плохо о хорошем**» и «**плохо о плохом**» для выбора актуальных действий. Все указанные компоненты доступны измерению и сравнению с помощью новой технологии на основе оригинальной био-социально-этической концепции. Предлагаю кратко познакомиться с основными положениями нового понимания человека как эксклюзивно порождённого «продукта» в океане социальных действий по известному алгоритму: Знаю, Понимаю, Умею, Делаю, Горжусь...

Акцентирую внимание на тех элементах бытия, без которых указанный алгоритм принципиально не может быть осуществимым – на *уме* и *эмоциях* человека. Обычно обращают внимание на связь между рациональным умом и эмоциями, то есть на то, что лежит на поверхности жизненных событий. При этом из сферы рассудка и эмоций ускользает основное действие – непрерывная лента жизни, которая всегда имеет движение и в ускорении, и в торможении. Это **интуитивный ум**. Его основная цель «всегда быть» и не просто жить, а чего-то достигнуть в этом процессе. Имя ему Разум, он основной игрок на повседневной сцене жизни: первым появляется на этот свет и последним его гасит. В компетенцию разума входит интуитивный поиск решений в процессе внутренних споров ролевых субличностных «я» между собой за первоочередное право выступить на мизансцене жизни. Основной класс задач интуитивного ума можно свести к дилемме «**могу – не могу**». Это «нижний» иррациональный ум,

который есть у всех. Он может развиваться в результате целенаправленных тренировок. Язык интуиции – слабо рефлексивный язык телесных проблем; это язык коммуникаций различных органов и систем между собой внутри тела. Этот «молчун» начинает «громко говорить» в основном тогда, когда происходит разлад между телесными функциями.

Ум (рассудок) – это главный коммуникативный флюгер внешних социальных ветров, он способен к самому разнообразному обучению, его можно убедить логическими построениями. Он принимает окончательное решение на исполнение действия в режиме «да – нет». Основной класс задач **логического ума** можно свести к дилемме «**хочу – не хочу**». Это хорошо рефлексивный рациональный, «верхний» ум, который в зачаточной форме есть у всех, и который достигает выдающихся результатов у гениев. Язык рассудка образует живой организм абстрактных и конкретных символов.

Эмоции – это группа «оценщиков» и «переговорщиков» между Умом и Разумом, своеобразный «таможенный флюгер» на границе внутреннего и внешнего мира человека. Это хорошо рефлексивный дорациональный «средний» ум, который контролируется как «снизу», так и «сверху». Основной класс задач **эмоционального ума** можно свести к дилемме «**хорошо – плохо**». Его можно развивать, воспитывать, обманывать и подкупать. Язык эмоций – мускульно-поведенческие и психо-вегетативные реакции, – является универсальным языком межвидовых и внутривидовых коммуникаций, что убедительно обосновал Ч. Дарвин (1872) в эволюционной теории происхождения эмоций [8].

Все три ума обладают свойством рефлексии своих параметров, и с разной степенью развития принадлежат всему живому на Земле. В соответствии с приведённой классификацией в технологии УллаДа измеряются параметры как интуитивного, так и эмоционального ума с рациональной самооценкой отношения к тестируемой теме.

А ещё есть четвёртый ум, присущий только человеку – это **кофигуративный ум**, включающий в себя культурные, моральные, мировоззренческие компоненты. Он не просто возвышается над тремя другими (ум-разум и эмоции) человеческими умами, а управляет ими, порой очень жёстко. Иногда жёсткость переходит в жестокость саморазрушения: он может приказать умереть своему Разуму, вопреки Уму и Эмоциям, – и умрёт вместе с ними, например, в результате голодовки как метода борьбы с моральной несправедливостью, что достаточно часто применяется в реальной жизни. Это относится к тому порядку управления, который Платон назвал идеями – они как бы незримо и нечувственно обустроивают человеческую жизнь и управляют миром. Общеизвестно, что управляющие человеком идеи бывают разными: для кого-то главным становится служение Богу; другой увлекается утопическими императивами переустройства и завоевания если не всего мира, то хотя бы своих окрестностей; третьему надо стать генералом; а последнему нет ничего дороже идеи золотого унитаза на суперяхте рядом со своим супердворцом. Основной класс задач кофигуративного ума можно свести к дилемме моральной самоидентификации «**гордыня – гордость**».

Этот всеобъемлющий кофигуративный ум решает сверхзадачи, как отдельного человека, так и той социальной группы, к которой он принадлежит. В 1970 г. М. Мид откликнулась на всплеск студенческих волнений в США бестселлером о конфликте поколений в трёх различных типах культур: *посткофигуративной* (дети учатся в основном у своих родителей), *кофигуративной* (и дети, и взрослые учатся у сверстников) и *прекофигуративной* (родители учатся у детей) [9].

Автор метода профессионально занимается семейной терапией и маскированными социальными конфликтами в коллективах. Собственно, для решения этих задач и была создана новая диагностическая технология УллаДа, поэтому целесообразно привести более подробное описание результатов специальных исследований антрополога и психолога М. Мид.

Посткофигуративная культура преобладает в традиционном, патриархальном обществе на основе опыта предыдущих поколений. Взаимоотношения различных возрастных слоев в такой культуре строго регламентированы, никаких вопросов и проблем, связанных с этим, не возникает. В кофигуративной культуре центр тяжести познания и обучения переносится на современность. Люди ориентируются не только на старших, но и на современников, равных по возрасту и опыту.

Поэтому кофигуративная культура характеризуется ростом значения юношеских групп, появлением молодежной культуры и связанных с этим конфликтов. Префигуративная культура ориентируется главным образом на будущее. В связи с этим возникает такая ситуация, когда не только молодежь учится у старших, но и более взрослое поколение во всё большей степени прислушивается к молодежи. Отсюда возникает и молодежная контркультура.

Логически следует предположение, что *если мы научимся инструментально идентифицировать кофигуративные идеи человека и измерять их относительную величину, то сможем научиться превосходить события на основе достоверной информации* [10]. Технология УллаДа позволяет это делать – измерять, анализировать и изменять кофигуративный ум человека.

К сказанному следует добавить очень важное обстоятельство о внутреннем порядке самоуправления кофигуративного ума. Его базовые параметры обладают удивительными свойствами соединять как бы несоединяемое путём незаметного углового смещения направления движения с постепенным перевёртыванием верха в низ, а правого в левого. Это известный лист Мёбиуса (1858), физические и геометрические свойства которого давно используются во многих сферах науки, техники и культуры, а в сфере диагностики и коррекции внутреннего мира человека впервые использовал автор этой статьи.

Одно из главных отличительных свойств ленты Мёбиуса (листа, пространства, сетки) заключается в том, *она хиральна¹ и не может отзеркаливаться во всей своей конфигурации* в отличие от плоских геометрических фигур. Поэтому она как бы ускользает от привычных способов регистрации объектов в трёхмерном пространстве. Другим ведущим свойством Мёбиуса является лёгкий переход объектов внутри системы из одного состояния в другое при минимальном воздействии в другом месте системы – это известный принцип случайности, которых, как часто декларируется, не бывает. Множество таких примеров объединила пословица *«не было бы счастья, да несчастье помогло»*.

Мёбиусный порядок управления кофигуративного ума является трансцендентным источником любой веры, а мёбиусные конфигурации – это ускользающие коммуникации с неопределённым подтекстом. На нём основаны, например, рефлексотерапия, кинезиология, гомеопатия, Су-Джок терапия, квантовая терапия, эффект плацебо, практически все виды психотерапии, ориентированной на моральные, духовные, т.е. на трансцендентные сферы бытия человека.

Главное же заключается в том, что сам человек анатомо-физиологически, неврологически, психологически и этически в процессе фило- и онтогенеза устроен и развивается по мёбиусному типу, а потому и не распознаёт это в себе. Мёбиус жизни – это не метафорическая, а самая что ни на есть материалистическая моральная ловушка, «нравственная сковородка», на огне которой человек то подпрыгивает вверх, то падает вниз, то переворачивается с боку на бок, а то и просто ждёт своей участи. Именно поэтому он – мёбиусный порядок управления – не рефлексивируется и, соответственно, никак не фиксируется существующими приборами. В настоящее время это доступно делать с помощью методов Эгоскопия и Цветография в составе технологии УллаДа, которая предназначена для выявления реальных элементов виртуальной этико-соматической перепутанности (мутированности) как локусе для проведения мёбиусной терапии *кофигуративного ума* пациента [2].

Приведу конкретный пример, позволившей испытуемому подтвердить смутные предположения о причине своих дискомфортных ощущений, эмоций и чувств. Диагностический критерий – **кофигуративный балл** (КБ) как интегральный показатель интуитивных, эмоциональных и рациональных самооценок позитивного и негативного отношения к стимульным темам. Результаты сравнительного исследования внутренних структур личности с помощью Эгоскопии и Цветографии представлены на рис. 1-2 (пояснения под рисунками).

¹ Хиральность – отсутствие симметрии относительно правой и левой стороны (*Прим. авт.*).

1. Эгоскопия и Цветография. Монополярное распределение ПОЗИТИВНЫХ кластеров в зависимости от величины и полярности КОФИГУРАТИВНОГО БАЛЛА (КБ) пиктологической модели. Тест "Реалии жизни". N-N-N. 12.01.2011.

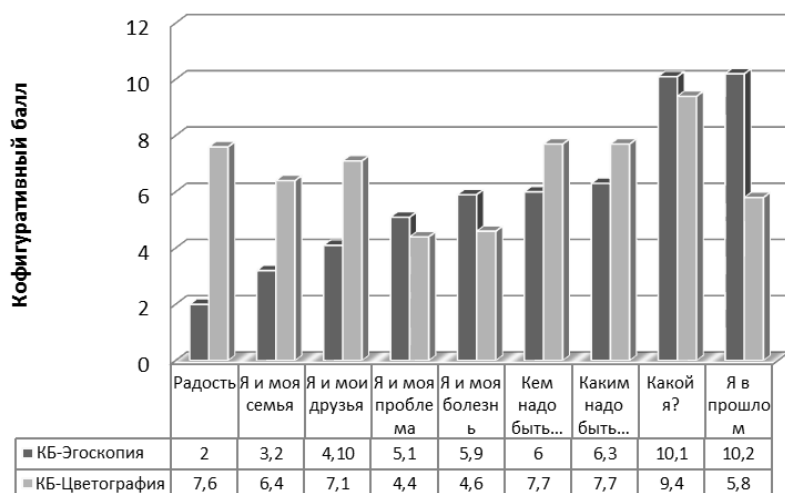


Рис.1. Девять монополярных моделей позитивного отношения к тестовым темам.

«Радость» как калибровочный кластер соответствует пиктологическому и цветографическому решению темы – это норма. На этом фоне чётко структурирована тема «Я и моя проблема» как позитивный кластер, что соответствует известной метафоре «мне нравится моя проблема». Максимально выраженная и виртуально согласованная тема самоидентификации «Какой я?»

Примечательно, что у испытуемого нет монополярно согласованных кластеров НЕГАТИВА. Этот феномен достаточно часто встречается у гиперпозитивно настроенных людей как декларативная модель псевдо ПРАВЕДНИКА («Бога»).

2. Эгоскопия и Цветография. Биполярное распределение кластеров в зависимости от величины и полярности КОФИГУРАТИВНОГО БАЛЛА (КБ) пиктологической модели. Тест "Реалии жизни". N-N-N. 12.01.2011.

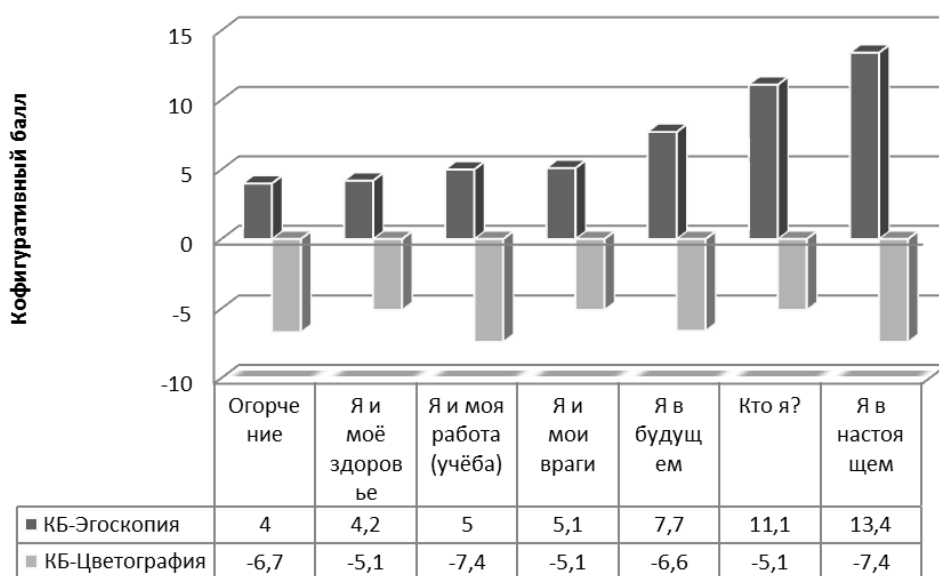


Рис. 2. Семь моделей амбиполярного отношения к тестовым темам.

«Огорчение» как калибровочный кластер соответствует теме в цветографическом решении – это норма, но антиподен в пиктологическом исполнении – не норма. Другие темы на этом рисунке также попадают в категорию неопределённого отношения к ним. Максимальное рассогласование в тесте зафиксировано в принципиально важной теме самоидентификации «Я в настоящем» (20,8 КБ) и «Кто я?» (16,2 КБ), а монополярное позитивное отношение к теме «Кем надо быть...» (см. рис. 1) подчёркивает её значимость. По всей видимости, это одна из существенных проблем социальной рефлексии личности испытуемого. На этом фоне амбивалентная модель «Я в будущем» является реальной проблемой «целеполагания» для испытуемого.

Заключение: сравнительное исследование внутренних структур личности с помощью Эгоскопии и Цветографии выявило две ведущих проблемы испытуемого: **тема самоидентификации и программа структурирования будущего.**

Рекомендована серия занятий по технологии УллаДа (Мёбиусная терапия).

Следующий пример – иллюстрация к известному выражению «муж и жена – одна сатана». Алкогольная проблема семьи NNN достаточно стандартна: муж несколько раз кодировался, но, по его словам, жена каждый раз провоцировала его на возврат к пьянству. Цветографическое тестирование (авторский Алко-тест) выявило удивительное для мужа и жены сходство их перепутанных внутренних структур, начиная с одинакового выбора цветовой палитры и заканчивая последней ролью в списке 20 самоидентификаций «Кто я?» – «скорпион».

Общая таблица результатов теста: А-тест

Тема	Рисунок	Самооценка	Q-согл.
1. Достоверный позитив			
2. Достоверный негатив			
3. Виртуальный позитив			
4. Виртуальный негатив			
5. Мутация достоверного позитива			
Три разных фигуры	-3 _ 3	2	6
Я в прошлом	-2 _ 4	2	6
Я и моя СЕМЬЯ	-2 _ 4	4	6
Я и мой ТРЕЗВЕННИК	-2 _ 4	3	6
Я и моя ПРОБЛЕМА	-4 _ 3	3	7
Кто я?	-5 _ 2	3	8
6. Мутация достоверного негатива			
Я в настоящем	-3 _ -4	2	6
ОГОРЧЕНИЕ	-6 _ -2	3	9
Я и моя РАБОТА	-5 _ -3	3	8
Я и мой ПЬЯНИЦА	-4 _ -3	3	7
Я и моё ЗДОРОВЬЕ	-4 _ -3	3	7
7. Мутация виртуального позитива			
Я в будущем	-1 _ 5	3	6
Я и моя БОЛЕЗНЬ	5 _ -6	3	11
Какой (какая) я?	2 _ -5	3	8
Каким(ой) надо быть...	6 _ -6	3	12
8. Мутация виртуального негатива			
РАДОСТЬ	-1 _ -4	4	8
Кем надо быть...	-2 _ -3	3	6

Рис. 4. Профиль УллаДа у мужа с проблемой алкогольной зависимости.

У мужа (рис. 4) нет ни одной нормальной модели кофигуративного ума (пункты 1-4). Ведущая биоэтическая мутация выявлена по теме «Я и моя БОЛЕЗНЬ»: интуитивно (5 баллов) и рационально (3 балла) болезнь нравится, а эмоционально (-6 баллов) она отторгается; **кофигуративный балл болезни +8,4** балла (он высчитывается как корень квадратный из суммы квадратов 3-х оценок) и примерно такой же **показатель мотивации** (тема «Каким надо быть») **+9,0** баллов максимально акцентированы относительно других тем, т.е. являются ведущим кофигуративным кластером мутированного «позитива». Поэтому любые кодирования от пьянства были обречены на неудачу.

У жены (рис. 5) в отличие от мужа (рис. 4) единственная тема «Я и моя БОЛЕЗНЬ» проявила себя нормальным негативом (пункт 1), все остальные также из категории мутированных биоэтических кластеров. Ведущая биоэтическая мутация выявлена в теме «ОГОРЧЕНИЕ»: интуитивно (6 баллов) оно «нравится», а эмоционально (-6 баллов) и рационально (-1 балл) оно отторгается. Интегральный **кофигуративный балл ОГОРЧЕНИЯ (-8,5)** относится к нормальному негативу, но примерно такой же **показатель мутированного отторжения (-7,5** баллов) выявлен по отношению к теме «Я и мой ТРЕЗВЕННИК»; они максимально акцентированы относительно других тем, т.е. являются ведущим кофигуративным кластером мутированного «негатива» по типу «ОГОРЧАЕТ ТРЕЗВЕННИК». Поэтому любые кодирования мужа от пьянства были обречены на неудачу.

Общая таблица результатов теста: А-тест			
Тема	Рисунок	Самооценка	Q-согл.
1. Достоверный позитив			
2. Достоверный негатив			
Я и моя БОЛЕЗНЬ	-4 _ -2	-1	3
3. Виртуальный позитив			
4. Виртуальный негатив			
5. Мутация достоверного позитива			
Три разных фигуры	-5 _ 2	2	7
Я в настоящем	-5 _ 2	4	9
Я в будущем	-3 _ 3	5	8
Я и моё ЗДОРОВЬЕ	-5 _ 2	4	9
Кто я?	-3 _ 3	5	8
Какой (какая) я?	-5 _ 2	5	10
Кем надо быть...	-6 _ 1	4	10
Каким(ой) надо быть...	-5 _ 2	5	10
6. Мутация достоверного негатива			
Я в прошлом	-5 _ -2	3	8
РАДОСТЬ	-2 _ -3	4	7
ОГОРЧЕНИЕ	6 _ -6	-1	12
Я и мой ПЬЯНИЦА	-5 _ -2	1	6
Я и мой ТРЕЗВЕННИК	-4 _ -2	6	10
7. Мутация виртуального позитива			
Я и моя РАБОТА	-3 _ 3	4	7
8. Мутация виртуального негатива			
Я и моя СЕМЬЯ	-3 _ -3	5	8
Я и моя ПРОБЛЕМА	-3 _ -3	2	5

Рис. 5. Профиль УллаДа у жены с алкогольной зависимостью у мужа.

Заключение: виртуальной семьёй в отношениях с алкоголем **реально руководят два мутированных кофигуративных кластера:** а) мужа – это «позитив БОЛЕЗНИ» и б) жены – это «негатив ТРЕЗВЕННИКА». Мужу «нравится» БОЛЕЗНЬ, а жене «не нравится» ТРЕЗВЕННИК – социально «больной» применительно к российской действительности. Фактически обе модели мотивированы на одно и то же действие «выпить и огорчиться», и это классическая модель развёртывания жизненных событий по правилу «Сатана там правит бал».

Рекомендована семейная терапия по технологии УллаДа (Мёбиусная терапия).

Мёбиусная терапия

Вначале, справедливости ради, следует указать на во многом трансцендентный характер экзистенциальной терапии с «такими заведомо неточными и на первый взгляд не связанными между собой понятиями, как «подлинность», «встреча», «ответственность», «выбор», «гуманистический», «самоактуализация», «центрирование», «сартрианский», «хайдеггеровский». Многие профессионалы в области психического здоровья привыкли считать его смутным, аморфным, иррациональным, романтическим – даже не «подходом», а некой лицензией на импровизацию, разрешением недисциплинированному и неотесанному терапевту с «кашей» в голове действовать, как его левая нога пожелает. Я (И. Ялом. – Авт.) надеюсь показать, что это мнение неоправданно, что экзистенциальный подход является ценной, эффективной психотерапевтической парадигмой, столь же рациональной, связанной и систематичной, как любая другая» [11].

Мёбиусная терапия основана на **естественной трансцендентности человека и его моральных институтов**. Трансцендентность вложена в анатомо-физиологическую и этическую сущность человека как перекрёстная множественность и антиномическая перевёрнутость, обладающая способностью согласованно или рассогласованно функционировать на разных уровнях сложности внутреннего и внешнего бытия.

Принципиальное отличие мёбиусной терапии от экзистенциальной терапии состоит в том, что специалист:

- а) работает только после инструментальной пиктологической диагностики;
- б) игнорирует симптомы клиента потому, что симптом как бы сам по себе исчезает в результате не связанных с ним действий;
- в) осуществляет трилемматическую интервенцию мёбиусного типа в разрегулированные конструкторы кофигуративного ума человека и тем самым создаёт условия для аутотерапии.

В итоге такой стратегии соблюдается этика равноправия между клиентом и специалистом, который явно не «лезет в душу» страдающего человека, а создаёт такие коммуникативные условия, в которых человек сам и незаметно для себя «соскальзывает» в иное, конструктивное и комфортное для него антипараллельное мёбиусное пространство бытия.

О диагностике рассказано в этой и других статьях данного сборника, поэтому приведу три довольно типичных примера мёбиусной терапии, проведённой, акцентирую это обстоятельство, после обсуждения результатов тестирования. Главное достоинство инструментальной диагностики биоэтических структур человека с помощью рисования состоит в том, что человек начинает понимать не с чьих-то слов, а из результатов собственных творений то, что у него иррационально перепутано и, более того, скрытно мешает ему жить в рационально понятном режиме.

Щедрость ↔ ВЛАДЕНИЕ ↔ Жадность

Первый пример можно отнести к сложному случаю. Я не буду приводить подробные триалоги, так как их было достаточно много. Валентин активно участвовал в шестнадцати сеансах групповой терапии по стандартному курсу аутогенной тренировки без предварительной диагностики. Он был, как говорят терапевты, ипохондрик «от макушки до пяток» с неуёмной «жаждой вылечиться» и неуправляемой тревожностью.

Самым сложным для Валентина было принятие для себя информации о том, что болеть стыдно. Следующий сложный шаг – осознание моральной обусловленности телесных нарушений и выгод от своих болезней. Тут проявилось известное качество ипохондриков как умелых манипуляторов: он как бы заставил меня поверить в то, что страдание ему нужно для воздействия на дочь. Ей было тринадцать лет, когда он фактически силой сумел удержать подростка от ухода с «обольстителем» в компанию наркоманов, после чего и заболел. Групповой этап работы был закончен, мы попрощались. Через три дня он пришёл посоветоваться: принимать ему лекарство или нет. Вчера в палату – события происходили в Ессентукском военном санатории – к нему подсадили профессора-психиатра и Валентин, конечно же, включил его в свои проблемы.

Врач диагностировал у него эндогенную депрессию в лёгкой форме и назначил приём амитриптилина.

Мой ответ был однозначным: – Так всё-таки болезнь? Если Вас устраивает этот вариант, то Вы сами примете решение о приёме лекарства. Если Вы желаете продолжить наши встречи, то приём амитриптилина исключается, иначе Вы так и не разберётесь, кто и что Вам помогает, таблетка или Вы сами. Я готов продолжить работу.

Затем события приняли другое направление. Валентин после двухдневных раздумий решил лекарство не принимать и рассказал мне то, что тщательно скрывал от всех и что рассказал психиатру, спросившего о психических заболеваниях в семье. Оказалось, что его мать, в прошлом медсестра районной больницы, более двадцати лет состоит на учёте у психиатра и периодически лечится в стационаре. Младший брат и сам Валентина живут в других городах, мать живёт у дочери, их сестры. Валентин стыдится своей матери и даже ненавидит её за странную болезнь. Мать отказывает себе во всём – в еде, в одежде, экономит на каждой копейке, подбирает на улице всякий хлам и приносит его домой. Из больницы она приносила «на всякий случай» ненужные в семье лекарства, даже воровала их у больных. Жалела еды для детей, поэтому в родительской семье питались плохо, из-за чего были постоянные ссоры с мужем, любившем жить «широко», благо такая возможность у него была. Дед по материнской линии отличался скупостью. Валентин боится «сойти с ума», поэтому и «разоткровенничался» с психиатром.

После диагностики и обсуждения результатов (80% перепутанных субличностных моделей) я спросил:

– Кто в Вашей семье распоряжается деньгами?

– Конечно же, я. Жена не умеет тратить деньги как надо, умеет только транжирить. Я ей выдаю деньги на покупку продуктов и вещей, без моего разрешения она ничего не покупает.

– Проблемы с дочкой у Вас, наверное, начались не в тринадцать лет, а раньше, когда она стала хотеть то, что есть у подруг?

– В общем-то, да. Она такая же транжирка, как и мать, но сейчас я держу её в строгости, хоть она и возмущается, но боится меня. Да и с женой мы ругаемся из-за дочери. Жена виновата в том, что дочка едва не попала в дурную компанию.

– Вы готовы услышать не очень приятные для Вас вещи, чтобы понять, что происходит с Вами или нет?

– Теперь уже готов, слушаю Вас.

– В вашей семье идёт виртуальная война между «жадностью» и «щедростью» с закономерным перекрёстом противоположностей: дед *жадный*, его жена нет; ваша мать уже *сверхжадная*, отец щедрый; ваша сестра пошла в отца, а вы с братом взяли за основу характер матери. Внутрисемейный конфликт является следствием того, что виртуал «жадность», неосознаваемо принятый Вами в качестве ведущего в собственной семье, отторгается дочерью. Её поддерживает союзница – мать, ваша жена. Вы осуждаете свою мать, но как бы стесняетесь говорить об этом вслух, потому что неосознаваемо лелеете «жадность» и, одновременно, боитесь сойти от неё с ума как ваша мать. Ваши страдания есть следствие этих нравственно-экономических противоречий в трилемме «жадность» – владение – «щедрость». Как Вы сейчас себя чувствуете?

– Когда Вы говорили, то мне было очень плохо, всё болело, хотелось закрыть уши, а сейчас как будто просветлело и стало легко и спокойно. Что же мне теперь делать со своей «жадностью»?

Далее пошла практическая работа с субличностями «жадность» и «щедрость» в новой биоэтической структуре «умеренности» и «уверенности». Валентин научился управлять своей тревогой. Уехал с твёрдым желанием «поменять» виртуалы вначале внутри себя, а затем и в семье.

Трус ↔ СТРАХ ↔ Герой

Очень спокойный, даже печальный и тихий человек поведал свою «непонятную» историю: – Иногда внезапно ни с того, ни с сего наступает какое-то своеобразное помрачение, появляется

внутренняя дрожь, голова начинает дрожать и качаться из стороны в сторону, с трудом её удерживаю. Как будто кто-то заставляет меня уходить от людей, быстро идти, куда глаза глядят и при этом, чтобы кто-нибудь был в поле зрения. Становится страшно от возможности потерять контроль над собой. Также внезапно это состояние проходит. Вначале не обращал на эти приступы внимания, но когда они стали повторяться чуть ли не два раза в месяц, испугался, обратился к невропатологу. В областном центре прошёл компьютерную томографию, причём приступ возник в момент обследования, даже врача напугал. Ничего особенного не нашли, но какое-то лекарство назначили. Очень дорогое, у меня с собой не было таких денег, так что ничего не принимал. Что со мной происходит и можно ли мне помочь?

В рассказе Павла, вне всякого сомнения, были признаки его вхождения в виртуал негативного регистра, связанный с какими-то пространственно-временными перемещениями. Диагностика подтвердила феномен перепутанности субличностных структур в 70%. Осталось выйти на события, которые «помогли» сформироваться виртуальной модели неуправляемой мышечной активности тела и шеи. Виртуальное путешествие «по дороге жизни» достигло интересного события – поездки в пионерлагерь в возрасте двенадцати лет. Привожу самоотчёт Павла, озвученный синхронно внутренним реконструкциям.

– Еду в переполненном автобусе. Остановка. Выхожу. Автобус уходит, остаюсь один. Вокруг лес. Куда идти – не знаю. Вижу: дорога как аллея, наверное, она ведёт в пионерлагерь. Страшно – голова у Павла начинает мелко дрожать, дыхание учащается, мышцы лица напрягаются.

– Беру рюкзак и быстро бегу по дороге. – Он открывает глаза, в них тревога; пальцы рук мелко дрожат.

– Странно, никогда об этом не вспоминал.

– Это похоже на Ваш приступ?

– Да, именно так он и начинается.

Дальше стали совместно разбираться, почему именно это воспоминание оказалось таким значимым. Внешне ничего необычного в ситуации не было: мальчишкой рос в деревне «как трава» среди природы и других ребят. Он был третьим из восьми братьев и сестёр, развивался и всего достигал в жизни самостоятельно. Восемилетка, вечерний техникум, вечерний институт. Постепенно вышли на ведущие этические виртуалы Павла, это «стыд» и «обида». Он очень болезненно переживает неудачи и критику, стыдится сделать что-то нехорошее и долго держит обиду на тех, кто совершил несправедливость по отношению не только к нему, но и к другим. Впервые сильное чувство обиды Павел испытал в пятнадцать лет, когда его не выбрали комсоргом группы. Долго переживал эту «несправедливость», было и обидно и стыдно одновременно.

– Стоп! Почему было «обидно и стыдно одновременно» на автобусной остановке перед пионерлагерем.

Павел задумался.

– Насчёт обиды не знаю, а стыдно было за свой непонятный страх. Ведь мальчишками были, «героями», ничего не боялись. Самым позорным было прослыть трусом. А тут как последний трус побежал. Чего испугался, – вот опять внутри начинает дрожать, и голова трясётся, – не знаю.

Была проведена процедура трилемматического морального совмещения субличностных действий «труса» и «героя» до полного принятия их друг другом. Последующие вхождения в ситуацию дороги в пионерлагерь проходили без мышечной и внутренней дрожи. Классическое достижение виртуального состояния «доблесть». Я высказал Павлу своё видение того, что происходит с ним:

– По дороге в пионерский лагерь, видимо, и сформировалась модель Вашего будущего неприятного виртуала: *бегство* от внезапно возникшего страха «сцепилось» со *стыдом* перед самим собой и неосознаваемо породило маскированную модель страха. Постепенно эта модель обрастала другими неприятными событиями в основном виртуале «стыд». Неудержимые качания головы могут быть «маленьким» эквивалентом бегства. Как воспринимается моя гипотеза?

– Очень положительно. Можно что-нибудь изменить?

На следующих трёх встречах производилась стандартная процедура работы с разными субличностями, в том числе «стыд» и «обида». Павел стал улыбаться. Его заявка была выполнена за четыре часа терапии.

В случае с Павлом рассогласование привычной реальности стимулировал страх перед незнакомым пространством, поэтому эффективным оказался технический приём трансцендентного выхода из искажённого пространства-времени. Иллюзия «растяжения» времени и пространства позволяет «здесь и сейчас» использовать стереотипную словесную реальность личности для реконструкции и коррекции пространственно-временных соотношений его поведенческих моделей. Произведённые изменения как бы незаметно меняют структуру виртуальной реальности кофигуративного ума человека, и он по-другому может формировать пространство-время внутри и вокруг себя.

Ребёнок ↔ ВЗРОСЛЕНИЕ ↔ Взрослый

Прежде, чем поведать о конкретном случае терапии, предлагаю проанализировать *миф о матери и мачехе*. Часто ко мне обращаются женщины по проблеме взаимоотношений с детьми:

– У меня плохие отношения с дочерью (сыном). Она (он) не понимает и не слушает меня.

После диагностики работа начинается с трилемматической интерпретации ролевого поведения матери и ребёнка:

– У женщины на одну целостную систему больше, чем у мужчины. Это увеличивает число степеней свободы большой виртуальной системы «женщина» и усложняет её регуляцию. Развитие ребёнка внутри женщины соответствует трилемме: «мать» – продолжение рода – «мачеха». Мать – это зарождение, принятие в себя. Мачеха – это рождение, отделение от себя.

В сказках, мифах и обыденном сознании «мачеха» определяется только кровным родством. Фактически же смысло-энергетическая трилемма «мать» – продолжение рода – «мачеха» генетически есть в каждой женщине. В зависимости от внутренних ощущений и в соответствии с ситуацией преобладает либо «мать», либо «мачеха», а ребенок очень чутко реагирует на демонстрируемые роли.

«Мать» говорит: – Будь возле меня неотлучно, я всё сделаю сама. – «Мачеха» отправляет: – Иди, учись всё делать сам, иначе пропадёшь в жизни.

Когда это разделение осознаётся, то проблемы взаимоотношений «хочу» и «надо» сводятся к разумному минимуму. В противоположном варианте отягощенные проблемы взаимной зависимости матери и ребёнка мешают обоим в течение всей жизни. «Мачехи» часто демонстрируют свою нереализованную (так им кажется) «мать» во втором поколении. Создаётся конфликтный треугольник: «бабушка» – ребёнок – «мать». Осознавание «мачехи» в самой себе позволяет матери создавать новые поведенческие модели и по-иному строить отношения с детьми.

Проблемы детских страданий также тесно увязаны с переплетением ролевых субличных позиций в семье. Приведу достаточно типичный пример.

На консультацию пришли мама и четырнадцатилетняя дочка с жалобами на нарушения сна и головные боли у девочки. Почти два года ей периодически снятся устрашающие сновидения, от которых она в страхе просыпается, включает свет в комнате из-за боязни заснуть и увидеть продолжение страшного сна. В это время у неё появляется учащённое сердцебиение, повышенная потливость.

Девочка – единственный ребёнок в семье военнослужащего. Развитие проходило без существенных отклонений от возрастных норм. Было несколько смен социального окружения из-за переездов семьи, связанных со служебными перемещениями отца. На последнем месте живут около двух лет, живут в ведомственной гостинице из-за отсутствия квартиры. Нарушения сна совпали с началом месячных, которые ещё не установились и протекают безболезненно.

При обсуждении результатов тестирования – биоэтические структуры у дочери и матери перепутаны на 70% – выяснилось, что после ночного пробуждения события развёртываются по двум сценариям: в первом девочка самостоятельно пробует справиться со страхом, ждёт

рассвета, а утром чувствует себя дискомфортно, быстро устаёт в школе, у неё появляется непонятная внутренняя тревога, раздражительность, головная боль. Во втором, более частом варианте, идёт в комнату к родителям, ложится «под бочёк к маме» и засыпает – в эти дни она чувствует себя хорошо.

В детской поликлинике терапевт сделал заключение о развитии у девочки вегето-сосудистой дистонии и назначил медикаментозное лечение, но положительный эффект отсутствовал. Невропатолог детской поликлиники диагностировал фобический синдром у эмоционально-лабильной личности, назначил лечение успокаивающими препаратами – улучшения также не наступило. Ко мне обратились по рекомендации педиатра. Привожу часть диалога:

– Как вы считаете, что вас обоих привело к врачу?

– Меня беспокоят ночные страхи и головные боли у дочки.

– Меня привела мама.

– Так Вас сами ночные страхи не беспокоят?

– Беспокоят.

– Как Вы думаете, для чего Вам нужны страхи по ночам?

– Они мне совсем не нужны, они меня пугают.

– У нас у всех бывает только то, что нам нужно. Может быть, страх помогает Вам оказаться ночью «под бочком у мамы»?

– Может быть (непроизвольный утвердительный кивок и улыбка девочки).

– Может быть, Вам уже пора взрослеть?

– Наверное. А что мне делать со страхом?

Далее диалог шёл только с девочкой в присутствии очень удивлённой мамы.

– Если предположить что Ваша голова увеличилась до размеров этого кабинета, то какой объём занимает Ваш страх в этой комнате?

– Весь, что за моей головой.

– Какого цвета то, что за Вашей головой?

– Чёрного.

– Попробуйте вывести из-за головы это чёрное и поместить его рядом с собой. Какую форму это приобрело? Оно неподвижное, или как-то движется?

– Это чёрный шар, он медленно крутится.

– Этот чёрный шар Ваш страх?

– Да, это мой страх (непроизвольный утвердительный кивок).

– Что Вы чувствуете внутри себя, когда рассматриваете чёрный шар рядом с собой? Где это ощущение, в какой части тела?

– В голове какая-то тяжесть и в груди как-то нехорошо.

– Попробуйте напротив этого чёрного шара поместить нечто совершенно противоположное по смыслу. Как оно выглядит, каких размеров?

– Это белый шар, примерно одного размера с чёрным, тоже медленно вращается.

– Какое имя существительное подходит этому шару? Что это за качество?

– Уверенность.

– Что стало с шарами, когда Вы сказали уверенность?

– Белый шар стал большим, а чёрный маленьким.

– Посмотрите внимательно, что соединяет эти два шара?

– Какая-то цветная ниточка.

– Какое имя подходит этой цветной ниточке? Что это?

– Жизнь (как бы непроизвольно вырвалось у девочки).

– Что Вы сейчас при этом чувствуете?

– Мне стало легче, даже хорошо. Так значит можно управлять своим страхом?

– Конечно. Страх присутствует у каждого. Только количество страха в разных ситуациях у всех разное, и все по-разному управляют своим страхом. Этому надо учиться. Давайте потренируемся и повторим работу с Вашими шарами.

При встрече через год мама и девочка рассказали, что ночные страхи подростка не беспокоят, получен стойкий положительный эффект.

В этом случае уместно рассказать о двух подходах к одним и тем же событиям. Традиционный подход – медицинский. Терапевт и невропатолог детской поликлиники обоснованно выдвинули свои заключения в рамках существующей медицинской модели болезни. Есть патология: навязчивые ночные страхи, головные боли, нарушения сна, вегето-сосудистые реакции переходного периода, связанные с появлением месячных. Акцент сделан на гормональную перестройку организма подростка и эмоциональную подвижность девочки, то есть, врачи комплексно связали наиболее значимые, с их точки зрения, показатели психобиологического развития пациентки.

Другой подход – виртуальный и биоэтический. Специалист посчитал, что подростковый период биологического развития девочки является всего лишь общим естественным фоном индивидуального ролевого развития виртуального человека. Проявления эмоциональной неустойчивости – это сигналы достижения определённых целей, т.е. следствие. Девочка находится на этапе освоения личности, совпавшего с включением в новую надвиртуальную (трансцендентную) реальность бытия. Общая системная нагрузка превысила адаптационные возможности подростка, следствием чего стал симптом.

Был сделан акцент на диагностику системной цели виртуальной семьи. Мать и дочь во многих проявлениях жизнедеятельности имеют как одинаковые, так и совершенно противоположные цели собственных достижений, находятся на разном уровне одних и тех же ролевых позиций, например: «взрослый» – развитие – «ребёнок», «женщина» – продолжение рода – «девочка», «учитель» – обучение – «ученик» в большой системе «виртуальная семья». Объективные изменения вокруг и внутри семьи требуют постоянного изменения отношений между членами семьи. Гормональная перестройка организма девочки, её функционально-ролевое развитие объективно требуют изменения отношения к ней в семье. Ребёнок пластично меняется, а родители стремятся сохранить стереотипное отношение к дочери как к ребёнку. Поэтому дочь вполне логично периодически возвращается в привычный с детства топос и демонстрирует родителям своего «ребёнка», и этим как бы наказывает их за непонятливость.

Следующая цель терапии – выскальзывание из петли страха. Страх у дочери оказался ассоциативно связанным с образом чёрного шара и неприятными ощущениями в голове, и грудной клетке. Антипод страха – белый шар «уверенности». Он как бы спонтанно «вышел» изнутри девочки наружу. При манипуляции с шарами произошла мёбиусная ротация – переключение регистра неприятных телесных ощущений на приятные. Это привело к перенаправлению топоса страха в антипараллельный Мёбиус, где его иерархическая величина существенно ниже, чем в исходном движении (принцип хиральности).

Алгоритм поочерёдного включения двух морально-образных категорий в новом топосе продвинул подростка к целостному образно-понятийному восприятию мысле-образа: вижу, чувствую, осознаю и управляю, то есть, к формированию виртуала позитивного регистра. Параллельно и неосознаваемо подобная работа произошла у присутствующей при всём этом матери, что определило стойкий эффект терапии.

В заключение этого подраздела статьи хочу акцентировать внимание на главной мысли, объединяющей клинические примеры – если у вас есть какая-то проблема, которая уже длительно не решается, то с большой долей вероятности это трансцендентная проблема всей вашей семьи. Квалифицированная работа членов семьи со специалистом биоэтического профиля обязательно поможет вашей внутрисемейной и внутриличностной гармонизации, приведёт к устойчивому здоровью всех членов семьи.

Для тех специалистов, кто заинтересуется освоением алгоритмов мёбиусной терапии, сообщаю неоднократно проверенное правило: освоить этот метод можно только лишь при непосредственном обучении «вживую». И этому есть логическое объяснение, основанное на нерелексированности мёбиусного контура управления кофигуративным умом, а потому и

невозможности передать нюансы – главные реперные локусы терапевтического действия – с помощью печатных знаков самого подробного методического руководства.

Литература и примечания

1. В «Гиппократовом сборнике» в сочинении «О благоприличном поведении» постулируется тесная связь медицины и философии, впервые зафиксирована необходимость «перенесения мудрости в медицину, а медицины в мудрость; ведь врач-философ подобен богу». В.А. Гуркин. Гиппократ. Новая философская энциклопедия. Цит. по: <http://iph.ras.ru/elib/0799.html>.

2. Указанная теория подробно приведена в серии статей: @ Юрьев Г.П. Трилемматический материализм биоэтических методов диагностики, профилактики и лечения. @ Юрьев Г.П., Скоморохов А.А., Харламова Н.И. Глубинная этика в инструментальном измерении (Эгоскопия и Цветография). @ Юрьев Г.П. Мёбиусная терапия. // Материалы научно-практической конференции, посвящённой 65-летию Поликлиники № 1 Российской академии наук / [научный ред.-сост. Г.П. Юрьев]. М.: Наука, 2011. / См. настоящий сборник.

3. Авторский термин «**мёбиусная терапия**» опубликован впервые. Он наиболее точно соответствует трансцендентному содержанию терапии. Ранее, до инструментального подтверждения с помощью Эгоскопии и Цветографии принципа мёбиусной регуляции биоэтических кластеров **кофигуративного ума** (также авторский термин), для отработанной технологии индивидуального и группового обучения алгоритмам непротиворечивой инсталляции моделей будущего использовались термины «триалектическая и/или трилемматическая аретейя», «дзэн-аретейя», «эгосинтез», «биоэтический синтез».

4. М. Мамардашвили: лекции по античной философии... Лекция 9. Электронная библиотека Грамотей. Цит. По: www.gramotey.com/?open_file=1269086789.

5. Юрьев Г.П. Трилемматические миры // Философские науки. № 8/2007. С. 47-61.

6. Личко А.Е. Шизофрения у подростков – Синдром метафизической интоксикации. Цит. по: http://www.psychiatry.ru/book_show.php?booknumber=11&article_id=21

7. Пашков К.А. Лекция 1. Врачевание в первобытном обществе. Цит. по: (http://www.historymed.ru/static.html?nav_id=175&ti_id=344).

8. Дарвин Ч. «Выражение эмоций у человека и животных». Воспроизведено по изданию: Ч. Дарвин, Сочинения, пер. С.Л. Соболя под ред. акад. Е.Н. Павловского, Изд. АН СССР, М., 1953 г., том 5. Цит. по: <http://vivovoco.rsl.ru/VV/PAPERS/BIO/DARWIN/EMOTIONS/EMOTIONS.HTM>

9. Маргарет Мид. "Культура и преемственность", 1970. Цит. по:

<http://www.vipstudent.ru/index.php?q=lib&r=16&id=1196785006&p=181>

10. Авторский (Г.П. Юрьев) термин «кофигуративный ум» как свойство единичного не противоречит термину М. Мид «кофигуративная культура» как характеристике общего в соответствии с известной концепцией дополненности Н. Бора. Совершенно логично, что культура изначально может создаваться только в «уме» и развиваться только между «умами».

11. Ирвин Ялом. Экзистенциальная психотерапия. Перевод Т.С. Дробиной. Irvin D. Yalom. Existential Psychotherapy. N.Y.: «Basic Books», 1980. М.: «Класс», 1999. Цит. по: <http://psylib.org.ua/books/yalom01/txt01.htm>

Статья опубликована в сборнике:

«Материалы научно-практической конференции, посвящённой 65-летию Поликлиники № 1 Российской академии наук, Москва» в разделе:

Часть II. Философские и междисциплинарные аспекты здоровья человека (Рекомендована к печати научным советом отдела комплексных проблем изучения человека Института философии РАН)

Юрьев Г.П. Мёбиусная терапия // Материалы научно-практической конференции, посвящённой 65-летию Поликлиники № 1 Российской академии наук, Москва / [научный ред.-сост. Г.П. Юрьев]. – М.: Наука, 2011. – 456 с. – ISBN 978-5-02-037615-1 на стр. 327-344.