Институт Медико-Биологических Информационных Технологий
(ООО ИМБИТ)

ПРОГРАММНО-АППАРАТНЫЙ КОМПЛЕКС ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРОЦЕССА

«НАТАЛИС»

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

(психологов-репродуктологов, психотерапевтов, психиатров)

2025 г.

Направление, связанное с разработкой технических методов психокоррекции с использованием компьютерных психотехнологий, имеет большую историю.

В нашей стране своим возникновением эти технологии обязаны академику Смирнову Игорю Викторовичу, под руководством которого в 1-м Московском медицинском институте им. И.М. Сеченова (ныне ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова) в 1986 была создана лаборатория Психокоррекции.

Разработка Комплекса «ПСИКОР» вызвана высокой востребованностью продукции данной целевой направленности, связанной, во-первых, с ухудшающейся демографической обстановкой, а, во-вторых, с увеличением проблем, в том числе психологического и социального плана, которые возникают на всех этапах репродуктивного процесса и требуют психотерапевтического вмешательства (порой безотлагательного), для сопровождения супружеских пар с целью предупреждения возможных нежелательных последствий.

Компьютерный психологический комплекс «НАТАЛИС», основан на методе неосознаваемого аудиального и визуального воздействия, который прошел большой путь разработок и апробаций в различных медицинских учреждениях, включая Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Отработанные за более чем 25-летний период алгоритмы неосознаваемой суггестии, технические методы и приемы, оказывающие воздействие на психофизиологическое состояние, позволили создать удобный и эффективный инструмент для практической работы специалистов (психологов-репродуктологов, психотерапевтов, психиатров).

Член-корреспондент РАЕН,

Эксперт Аккредитационной комиссии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
по специальности «Психотерапия»,

Генеральный директор Института
Медико-Биологических Информационных Технологий

А.И. Кучинов

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ АББРЕВИАТУР И ТЕРМИНОВ 4

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ 6

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПЛЕКСА «НАТАЛИС» 9

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ 10

- Механизмы коррекционного воздействия 10
- Технология неосознаваемого воздействия (технология SOMVI) 13

ПОДРОБНЕЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ 16

- Цветовоздействие 16
- Фиксирующий графический интерфейс 18
- Ритмовоздействие 19
- Звукотерапия 20
- Неосознаваемое визуальное воздействие 22
- Неосознаваемое аудиальное воздействие 23
- Образотерапия 25

СТРУКТУРА КОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ 27

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ЭТАПОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРОЦЕССА 28

- Этапы репродуктивного процесса относительно женщины (матери): 28
- Этапы репродуктивного процесса относительно плода 29
- Прегравидарный период 30
- Антенатальный период 32
- Пуэрперальный период 33

ОПИСАНИЕ КОРРЕКЦИОННЫХ ЭТАПОВ 35

ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ИНСТРУКЦИИ К ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫМ ПРОГРАММАМ 37

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ СЕАНСОВ ПСИХОКОРРЕКЦИИ 53

- Общие положения 53
- Рекомендации по оснащению помещений для проведения сеансов психокоррекции 53
- Рекомендации по подготовке пациентов к курсу психокоррекции 54
- Рекомендации по проведению курса психокоррекции 54

КОМПЛЕКТАЦИЯ 56

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРИОБРЕТАТЕЛЯ 57

ОФИЦИАЛЬНАЯ СПРАВКА 58

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ АББРЕВИАТУР И ТЕРМИНОВ

Использованные аббревиатуры

ВРТ – вспомогательные репродуктивные технологии (методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма)

ВМИ – Внутриматочная инсеминация процедура, во время которой обработанную в лабораторных условиях сперму вводит в полость матки с целью достижения беременности.

ИИ – искусственная инсеминация

ХГЧ – гормон хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) – это гормон, который вырабатывается в плодной оболочке человеческого эмбриона.

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

Словарь использованных терминов

Антенатальный период (лат. ante до, natalis относящийся к рождению) — период с момента оплодотворения яйцеклетки до 40 недель. В настоящее время подразделяется на 3 триместра по 13 недель каждый

Гест- – связанный с беременностью

Гестоз – в настоящее время заменил прежний медицинский термин «поздний токсикоз беременных». Характеризуется дисфункцией жизненно важных органов, диагностируется после 20 недель беременности, но чаще в 25-28 недель, хотя признаки данного осложнения могут возникнуть и за несколько дней до родов.

Гестационная доминанта – (см. **Доминанта**) определяет поведение, связанное с беременностью и родами (пробуждение инстинкта материнства). Включает в себя физиологический и психологический компоненты. С помощью гестационной доминанты направляются и поддерживаются на соответствующем уровне все физиологические процессы, происходящие в организме беременной, в том числе в процессе родов и в послеродовом периоде.

Гипогестогнозический тип женщин – слабо выраженная гестационная доминанта, нежелание менять прежний жизненный стереотип.

Гипогалактия – снижение лактации

Детофобии – боязнь (опасение) иметь детей и/или проблем, которые связаны с родительскими обязанностями.

Доминанта – это устойчивый очаг повышенной возбудимости в мозге, который усиливает одну психическую активность и тормозит все прочие. Принцип доминанты заключается в том, что в разные моменты жизнедеятельности создаются условия, при которых выполнение какой-либо функции становится более важным, чем выполнение других функций. Выполнение данной функции подавляет другие функции.

Интранатальный период — подпериод перинатального периода – во время родов (периоды раскрытия и изгнания плода).

Инфертильность (от лат. infertilis - бесплодный), бесплодие, отсутствие рождений у женщины в течение всего или определенной части репродуктивного периода.

Малевзиофобия— см. **Токофобия**

Неонатальный период (период новорождённости) — начинается от момента рождения и заканчивается через 28 полных дней после рождения

Перинатальный период (от греч. peri — вокруг, около; и лат. natus — рождение) — период с 22 полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода по 7-й день включительно (168 часов) внеутробной жизни.

Перината́льная психоло́гия (др.-греч. peri — около, лат. natalis — относящийся к рождению) — наука о психической и психологической жизни нерождённого ребёнка (пренатальная психология) или только что родившегося. Область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития человека на ранних этапах: пренатальной (антенатальной), перинатальной (интранатальной) и неонатальной (постнатальной) фазах развития, и их влияние на всю последующую жизнь. Официально создателем перинатальной психологии считается психолог и психоаналитик Густав Ханс Грабер (англ. Dr. phil. Gustav Hans Graber, ученик З. Фрейда), который в 1971 году инициировал в Вене создание «Общества по пренатальной психологии» и исследовательской группы по пренатальной психологии, после чего

в 1982 году во Франции была создана Национальная ассоциация пренатального воспитания (ANEP) как база для похожих организаций в других странах, в дальнейшем объединившихся в Международную ассоциацию перинатального образования после первого Американского конгресса по пренатальному воспитанию в Торонто в 1983 году

Пренатальный период (антенатальный) — подпериод перинатального периода – период до родов с 22 полной недели**.**

Послеродовой период (**пуэрперальный период**) – от лат. puerpera – роженица) — начинающийся после рождения последа (плаценты) и продолжающийся 6—8 нед., в течение которого изменения, возникшие в организме женщины во время беременности и родов, подвергаются инволюции.

Постнатальный период — подпериод перинатального периода – период после родов по 7-й день включительно. Также используется в литературе для обозначения послеродового или пуэрперального периода.

Прегравидарный период (лат. gravida – беременность) – период подготовки будущих родителей к зачатию, вынашиванию ребенка и родам продолжительностью, как правило, от трех месяцев до года. **Прегравидарный период** предполагает комплекс действий, состоящий из диагностики, профилактики и, при необходимости, лечения.

Прегравидарная подготовка (лат. gravida — беременная, pre — предшествующий) — комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнёров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребёнка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и др.)

Пренатáльная психолóгия — см. **Перинатáльная психолóгия**

Психолог-репродуктолог (репродуктивный психолог) – специалист, владеющий знаниями и практикой в области Репродуктивной психологии. Осуществляет психологическое сопровождение и поддержку **участники репродуктивного процесса** на всех его этапах.

Психосоматика (греч. psyche - душа, soma - тело) - направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психических (психогенных) факторов на возникновение и динамику соматических (физических) расстройств и заболевании.

Пуэрперальный период (см. **Послеродовой период**).

Репродуктивная психология – исследует особенности взаимосвязи психологической и физиологической сторон репродуктивной сферы человека, а также занимается изучением и методами устранения причин нарушений репродуктивного здоровья. Объектами изучения являются психосоматические и психофизиологические факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин и мужчин, психофизиологические факторы, влияющие на бесплодие, нарушения течения беременности и родов, невынашивание, факторы, влияющие на успешность использования вспомогательных репродуктивных технологий, а также психотерапевтические технологии, направленные на оптимизацию репродуктивной функции человека.

Репродуктивные партнёры – участники репродуктивного процесса или **цикла (в традиционных социальных системах – муж и жена)**

Репродуктивный психолог — см. **Психолог-репродуктолог**

Токофобия (**малевзиофобия**) (лат. maieusiophobia, tocophobia от др.-греч. τόκος — роды, φόβος — страх, боязнь) — специфическая фобия, патологическая боязнь родов

Фертильность – (лат. fertilis — плодовитый) это способность производить потомство путем размножения после наступления половой зрелости.

Фетальный (плодный) период — связанный с периодом развития органов плода (с 91 дня беременности до родов).

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Демографические «провалы», указывающие на падение рождаемости и огромное числом распадающихся семей, прячут за сухими цифрами глубокие психологические и социальные проблемы. К ним относятся женщины, не желающие иметь детей, рост числа случаев жестокого обращения с ребенком, женщины оставляющие новорожденных на попечение государства, что приводит к лавинообразному увеличению детей-сирот при живых родителях. К другой категории относятся супружеские пары, которые, напротив, делают все возможное (с их точки зрения), чтобы иметь свое продолжение, но эти попытки, включая вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), оказываются безуспешными. И причинами этого в подавляющем большинстве случаев выступают психологические факторы, начиная от повышенной фоновой тревоги (а ситуация стресса в живой природе всегда «ударяет» прежде всего по репродуктивной функции на всех этапах ее реализации), до различных проявлений субклинических и клинических расстройств, нарушений и отклонений, амбивалентных отношений к семье, браку, к материнству, личностной незрелости, включая неготовность женщины (зачастую неосознаваемую) стать матерью. Все эти факторы приводят к нарушению семейно-сексуальных отношений, и, как следствие, к подавлению репродуктивных функций.

В последнее время вопрос о готовности женщины к материнству остается весьма проблематичным, поскольку достаточно большое количество женщин рожает детей не потому, что они счастливы в семейной жизни и хотят передать это счастье и любовь детям, а потому, что биологическая и социальная роль женщины предписывает им иметь детей (Спиваковская А.С., 2005). А в последние годы под воздействием меняющихся социальных и экономических факторов и фатальной трансформации контекста общественного мнения в вопросе семьи и брака, которая происходит в результате целенаправленного навязывания с использованием средств массовой информации однозначно деструктивных для семьи и брака так называемых «либеральных ценностей», мотив материнства сместился еще больше в сторону прагматизма. Женщина рожает детей, чтобы удержать мужа, чтобы получить денежное пособие – «материнский капитал», чтобы наследство досталось не детям мужа от его первого брака, потому что наступил возраст, когда уже невозможно больше ждать и т.д. и т.п. Последний вариант характерен для женщин из обеспеченных слоев, переваливших рубеж 40-летнего возраста и озвучивающих свое желание как «пора завести ребенка», что говорит об объектном отношении к будущему ребенку.

Извращение культурных норм, на которые ориентирован индивид в процессе социализации, радикальная ломка традиционной системы половой стратификации приводит к ослаблению поляризации мужских и женских половых ролей. Социальные функции мужчин и женщин и их социальные роли становятся не иерархически соподчиненными, а равноправными и даже инверсированными. Находясь в «микросоциальном убежище» традиционной семье, где мужчина нес полную ответственность за безопасность и материальное благополучие, и где женщина была именно **за**мужем и под покровительством мужа, ее социальная роль не была обременена ничем, кроме заботы о семье и детях. Это освобождало психологическое пространство женщины и не ограничивало ее намерения на продолжение рода заботами, которые были чисто мужскими. Социальные процессы последних десятилетий приводят к десексуализации общества и семейно-ролевых отношений с вытекающими печальными демографическими последствиями.

Снижение психологической готовности к материнству происходит и за счет аномального формирования развития личности будущей женщины в родительской семье. Вытеснение и подмена традиционных семейных ценностей, нарушение сложившихся веками внутрисемейных социально-ролевых взаимоотношений, малодетная семья и семья, где девочка является единственным ребенком, доминирование материальных и эгоцентрических ценностных ориентиров, практически общепризнанное превалирование интересов карьерного роста над необходимостью личной заботы о ребенке, и многие другие веяния последнего времени оказывают деструктивное воздействие на институт семьи и материнства.

Большое значение в гармоничном протекании всех звеньев репродуктивного процесса имеют и внешние микро- и макросоциальные условия. Межличностные конфликты, сильные эмоциональные переживания, ситуации, вызывающие повышенную тревогу, неблагоприятная макросоциальная ситуация приводят к нарушению и даже подавлению репродуктивного процесса. Негативное отношение к беременности (часто неосознаваемое и подавляемое ввиду возникающего противоречия традиционному общественному мнению), инфантильность и эгоцентричность личностных качеств женщины, могут приводить к длительной инфертильности и неудачам даже при попытках использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Все перечисленные выше причины, приводящие к нарушению репродуктивного процесса на его различных этапах, имеют психогенную природу и, соответственно, требуют вмешательства профильных специалистов – психологов и психотерапевтов. В связи с этими и по многим другим причинам в последние годы все больше возрастает актуальность психологического и психотерапевтического сопровождения репродуктивного процесса. Сформировалась даже специальная отрасль – репродуктивная психология, и соответствующая ей специальность – психолог-репродуктолог.

Комплекс «НАТАЛИС» является профессиональным психологическим инструментарием, разработанным в помощь практикующим специалистам в области репродуктивной психологии и психотерапии – врачам психотерапевтам, психиатрам, психологам.

Название «НАТАЛИС» образовано от латинского слова «natalis» – «относящийся к рождению».

Разработка программ Комплекса «НАТАЛИС» проводилась в Институте медико-биологических информационных технологий на протяжении более 10-ти лет. В подборе семантического материала для неосознаваемых суггестивных установок, а также в апробации отдельных фрагментов коррекционных программ, входящих в Комплекс «НАТАЛИС», принимали участие сотрудники различных лечебных организаций и клинических баз, в том числе:

- ГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации,
- Московский городской центр пограничных состояний на базе ГБУ Психиатрическая клиническая больница имени Ю.В. Каннабиха Департамента здравоохранения города Москвы
- ФГБУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации,
- АНО "Национальное общество по изучению сексуального здоровья женщин",
- Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России (Санаторий «Вороново»)

А также сотрудники других организаций.

За этот период были отработаны и апробированы различные параметры коррекционных программ: алгоритмы суггестивного коррекционного воздействия, оптимальные частотно-амплитудные характеристики звука и психоакустические эффекты, цветовые, частотные, образные и семантические параметры визуального воздействия и др. При этом Комплекс «НАТАЛИС» является открытой разработкой, т.е., уже будучи законченным программным продуктом, он будет дополняться и совершенствоваться в зависимости о тех замечаний, советов и пожеланий, которые мы будем получать от специалистов, использующих в своей практике этот психологический инструментарий. Во вновь выпускаемых версиях Комплекса «НАТАЛИС» будут проанализированы и учтены все полученные замечания, и на их основании будут вноситься соответствующие изменения.

Комплекс «НАТАЛИС» представляет собой компьютерную программу, которая позволяет проводить коррекционные и реабилитационные сеансы с аудиальным и визуальным воздействием на психофизиологическое состояние, а через него на весь организм в целом. Психотерапевтический эффект АПК-программ, входящих в Комплекс, заключается в одновременном воздействии на зрительную и на слуховую системы на осознаваемом и неосознаваемом уровнях, что обеспечивает быстрое вхождение пациентов в оптимальное психофизиологическое состояние (состояние транса), повышающее процесс усвоения суггестивного воздействия, а, соответственно, и эффективность процедуры психокоррекции. Неосознаваемая форма подачи суггестивной информации снимает проблему, связанную с осознаваемым и неосознаваемым сопротивлением пациентов психотерапевтическому вмешательству.

Программы включают две группы факторов (механизмов) воздействия на зрительную и на слуховую системы, а через них на головной мозг, на психофизиологическое состояние организма и на поведение:

Первая группа – механизмы, направленные на формирования оптимального психофизиологического состояния пациента непосредственно в ходе проведения психокоррекционных сеансов и определенное время после их завершения:

- цветовоздействие,
- ритмовоздействие,
- музыкотерапия

Вторая группа – механизмы семантического (информационного) воздействия (неосознаваемое суггестивное воздействие), направленные на коррекцию эмоциональных, личностных и поведенческих расстройств, являющихся мишенью психотерапевтического воздействия:

- неосознаваемое визуальное воздействие,
- неосознаваемое аудиальное воздействие,
- воздействия образами (образотерапия).

Помимо этого, при разработке коррекционных программ были учтены:

- мелодийные, инструментальные, полифонические, частотно-амплитудные и другие характеристики фонового звука,
- тематическое содержание, семантика и символический смысл "всплывающих" кадров,

- характеристики голосов, использованных для озвучивания неосознаваемых суггестивных установок (НСУ) – тембровые, интонационные, артикуляционные и пр.

Использованные в Комплексе «НАТАЛИС» техники и механизмы психологического воздействия, отдельные аудиальные и визуальные фрагменты, составляющие коррекционные программы, проходили отбор методом экспертного анализа, экспериментальные и клинические апробации.

Комплекс «НАТАЛИС» включает 8 психокоррекционных программ разной целевой направленности, ориентированных на различные этапы репродуктивного процесса. Коррекционные этапы, соответствующие прегравидарному и постнатальному периодам, содержат программы, ориентированные на обоих партнеров, участников репродуктивного процесса (мужчину и женщину). Ниже представлен перечень, коррекционных программ, включенных в Комплекс.

I. Прегравидарный период (подготовка к физиологической беременности)

1. Программа для женщин
2. Программа для мужчин

II. Прегравидарный период (подготовка к беременности с применением ВРТ)

3. Программа для женщин
4. Программа для мужчин

III. Антенатальный период

5. Программа для женщин в 1-й половине беременности
6. Программа для женщин во 2-й половине беременности

IV. Послеродовой (пуэрперальный) период

7. Программа для женщин
8. Программа для мужчин

Область применения Комплекса «НАТАЛИС»:

- для проведения реабилитационных и психотерапевтических процедур в перинатальных центрах, центрах репродукции, в женских консультациях и других лечебно-профилактических учреждениях,
- для психологической коррекции и реабилитации в медицинских центрах, оказывающих услуги по программам ВРТ, в том числе по программе ЭКО.
- для психологического и психотерапевтического сопровождения супружеских пар с длительным периодом инфертильности,
- для психологического сопровождения пациенток с низко выраженной гестационной доминантой, страдающих токофобией, а также пациенток в ситуации репродуктивного процесса, осложненного различными психологическими, психосоциальными и личностными проблемами.
- для психологического сопровождения супружеских пар в послеродовом периоде.

Работа с Комплекс «НАТАЛИС» не требует специальной подготовки и предварительного обучения. Интерфейс программы предельно прост, коррекционные программы воспроизводятся на любом современном компьютерном оборудовании.

Комплекс «НАТАЛИС» значительно облегчает работу специалистов, повышает ее результативность и позволяет с минимальными трудовыми и временными затратами оказывать психотерапевтическую помощь как индивидуально, так и одновременно большому количеству пациентов (сеансы психологической коррекции можно проводить в аудиториях и залах даже без участия персонала).

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПЛЕКТА «НАТАЛИС»

Профессиональный психокоррекционный инструментарий Комплект «НАТАЛИС» обладает многими преимуществами, подтвержденными специалистами в ходе его разработки и апробаций. К этим преимуществам относятся:

Экономичность
Метод позволяет с минимальными трудовыми и временными затратами оказывать психотерапевтическую помощь как индивидуально, так и группе пациентов (психокоррекционные сеансы можно проводить в аудиториях с выведением изображения на большой экран).

Комплементарность
Метод может быть использован как самостоятельно, так и дополнять любой метод психологической помощи, психотерапии и реабилитации.

Постоянная доступность
Сеанс психокоррекции можно проводить в любое удобное время, даже при отсутствии ведущего специалиста (сеансы могут запускаться техническими сотрудниками).

Удобство и простота в применении
Работа с Комплектом «НАТАЛИС» не требует специальной профессиональной подготовки, а для проведения сеансов психокоррекции достаточно иметь компьютер с необходимыми периферийными устройствами (экран или проектор, наушники или акустические системы).

Высокая эффективность
Неосознаваемая форма воздействия обеспечивает высокую эффективность метода – подтверждено многолетними апробациями на различных клинических и лечебных базах (см. Официальную справку).

Научная обоснованность
Метод неосознаваемой психокоррекции разработан сотрудниками ведущих научных и медицинских учреждений, апробирован и утвержден МинЗдрав РФ (см. Официальную справку).

Безопасность
Метод не имеет осложнений. Противопоказаниями являются только грубые психические расстройства (шизофрения с продуктивной симптоматикой, эпилепсия) и соматические заболевания в фазе обострений.

Унификация процедур
Возможность осуществления психотерапевтического сопровождения с применением психокоррекционных программ, стандартизованных под разные целевые задачи психотерапевтического вмешательства и записанных на информационные носители, позволяет унифицировать процедуру оказания психотерапевтической помощи.

Высокая воспроизводимость метода
Унификация алгоритма психотерапевтического сопровождения и стандартизация сеансов с использованием цифровых записей психокоррекционных программ снимает необходимость подготовки специалистов для использования метода и даже делает возможным осуществление психологического сопровождения в тех медицинских учреждениях, где отсутствуют профильные специалисты (психолог или психотерапевт), благодаря возможности выбора целевых коррекционных программ, входящих в курсовое сопровождение, в соответствии с прилагаемой инструкцией.

Возможность дистанционного предоставления психотерапевтического сопровождения
Проведение психокоррекционных сеансов возможно осуществлять с помощью телекоммуникационных технологий, что позволяет оказывать психологическую помощь пациенткам в режиме удаленного сопровождения (в формате телемедицины).
Иными словами, применение Комплекта «НАТАЛИС» в комплексе проводимых мероприятий по психологическому сопровождению репродуктивного процесса позволяет оптимизировать процедуры психологического и психотерапевтического вмешательства, повысить их эффективность и доступность, при этом не требуя дополнительных временных затрат на обучение специалистов и на другие организационные мероприятия.

Удобство и простота в применении
Интерфейс продукта разрабатывался с учетом пользователей, мало знакомых с компьютерной техникой. Все кнопки управления имеют понятные пиктограммы и описание, что полностью исключает вероятность ошибочных действий и снимает необходимость предварительной подготовки специалистов.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

Механизмы коррекционного воздействия

Механизмы коррекционного воздействия можно условно разделить на две группы. Первая группа механизмов воздействия направлена на формирования оптимального психофизиологического состояния пациента. К ней относятся:

- ***Цветовоздействие*** - волновое воздействие светового излучения в видимой части спектра. Использовано цветовое воздействие всем видимым спектром в режиме последовательного предъявления дополнительных цветов - «контрастный цветомассаж», что значительно усиливает цветовосприятие и усвоение энергии света. Цветовые гаммы, включенные в цветовой ряд, последовательность смены цветов, продолжительность экспозиции каждого цвета направлены на формирование оптимального психофизиологического состояния, в данном случае, на достижение релаксации, что способствует снижению тревоги, устраняет состояние напряженности и повышает коррекционный эффект.

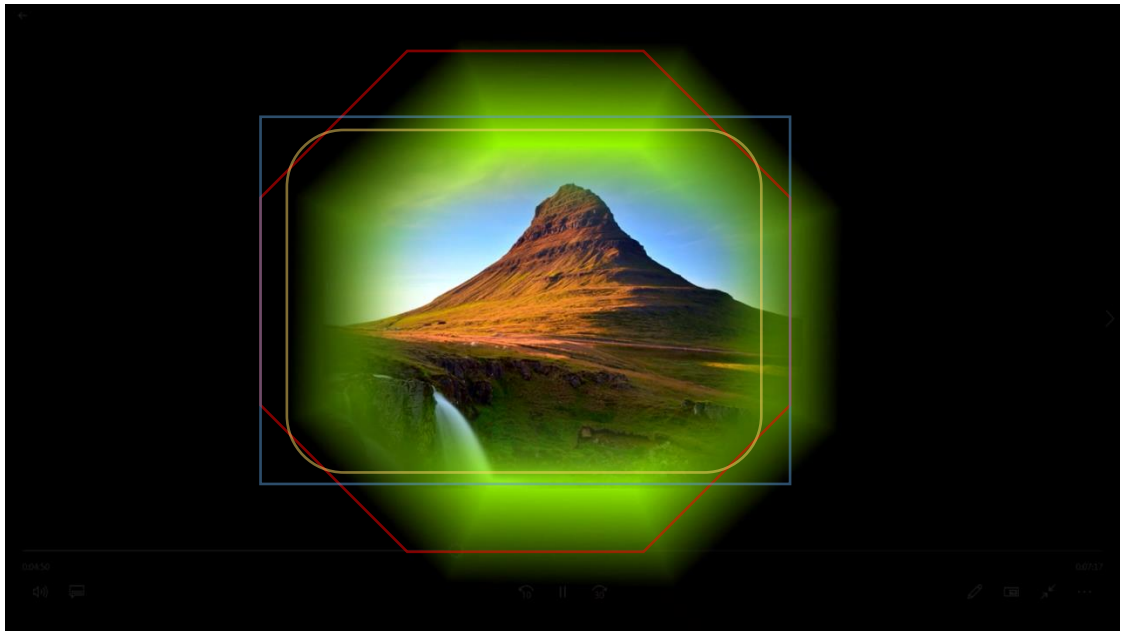


Рис. 1 Пример цветовоздействия в момент проявления визуального образа.

- ***Ритмовоздействие*** - комбинированная ритмическая световая и цветовая стимуляция зрительного анализатора, а также воздействие акустическими частотами в диапазоне слухового восприятия, соответствующим физиологическим колебаниям, цель которых состоит в оптимизации функционального состояния. В графическом интерфейсе программ использованы ритмовоздействия следующими частотами: частота предъявления подпороговой семантической информации - 10 +/- 2 Гц (частота α-ритма биопотенциалов головного мозга), частота сменяемости цветов 1+/- 0,2 Гц, что соответствует частоте сердечного ритма в состоянии покоя, периодичность сменяемости цветовых гамм 0,1 +/- 0,02 Гц, что соответствует частоте спокойного дыхания. В акустическом канале использован более сложный набор звукового ритмовоздействия, при этом у каждой коррекционной программы он разный и соответствует целевому назначению программы.

- ***Звукотерапия*** – в Комплексе «НАТАЛИС» использованы не классические или популярные музыкальные произведения, написанные когда-либо композиторами, а звуковые треки, созданные звукооператорами специально для коррекционных программ в соответствии целевым назначением каждой программы. Звуковые композиции создавались в соответствии с заранее разработанными техническими условиями, где учитывались частотные, амплитудные, обертональные составляющие звука. В соответствии с этими техническими условиями звуковой фон по своим гармоническим характеристикам должен оказывать оптимальное

воздействие на психоэмоциональное состояние, способствующие поддержанию трансового состояния сознания. Также учитывались такие психоакустические эффекты, как способность звукового фона маскировать вмонтированное в него суггестивное воздействие, не нарушая эстетической составляющей восприятия музыкальной композиции.

Таким образом, задачей первой группы факторов психологического воздействия: цветовоздействия, ритмовоздействия и звукотерапии – является формирование оптимального психофизиологического состояния пациента – состояния транса легкой и средней степени выраженности. Т.е. данная группа факторов психологического воздействия выступает в качестве техники наведения и поддержания транса – измененного состояния сознания (ИСС).

Это необходимо для повышения эффективности психокоррекционных сеансов. В состоянии транса, или в состоянии сниженного сознания, во-первых, снижается возможность к критической переработке суггестивного воздействия и отключаются фильтры осознанного блокирования внушаемой информации («верю – не верю», «мое – не мое» и др.), благодаря чему повышается и степень усвоения воздействующей информации, и, как следствие, эффективность любого суггестивного воздействия. Во-вторых, в состоянии сниженного сознания повышается возможность психического переструктурирования (М. Эриксон), а, следовательно, и вероятность положительного результата всей процедуры психотерапевтического вмешательства.

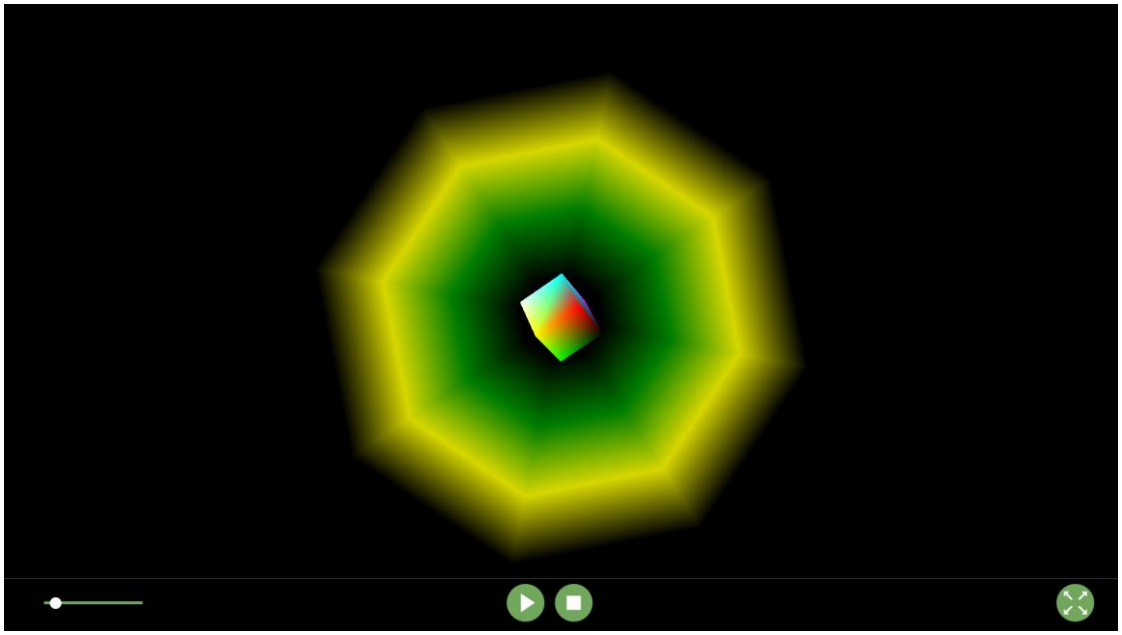


Рис. 2 Пример ритмического переливания градиентного фона.

Вторая группа механизмов воздействия направлена на реконструкцию системы ценностей, на десенсибилизацию негативных и аутодеструктивных установок, повышение фрустрационной толерантности и стрессоустойчивости, повышение самооценки и уровня самоконтроля и на другие психические образования. Эта группа механизмов воздействия направлена на неконтролируемую сознанием систему оценок, мотивов, установок и побуждений, стереотипизированных способов реагирования и поведения, которые крайне сложно поддаются коррекции с использованием обычных прямых психотерапевтических методов воздействий. Для этих целей в Комплексе «НАТАЛИС» использовано информационное воздействие (аудиальное и визуальное), позволяющее вводить коррекционную информацию непосредственно в неосознаваемую сферу психики. Данный эффект достигается применением специальных компьютерных психотехнологий (апробированных, запатентованных, утвержденных Минздрав и Ростест), позволяющих маскировать суггестивное (информационное) воздействие, делая его недоступным для осознанного восприятия. К данной группе механизмов воздействия относятся:

- ***Неосознаваемое визуальное воздействие***, предъявляемое на подпороговом (сублиминальном) уровне восприятия с использованием эффекта маскирования по принципу «расщепленного кадра» реализовано таким образом, что суггестивные установки – возникают в области проекции вращающегося трехмерного тела (в данном варианте куба), т.е. в зоне графического интерфейса, фиксирующего наибольшее внимание.
- ***Неосознаваемое аудиальное воздействие*** заключается в том, что предварительно озвученные и записанные в цифровом формате звуковые треки с суггестивными установками маскируются в фоновый звук таким образом, что становятся неслышимым на уровне сознания. Эффект «неосознаваемости» достигается при помощи специальной технологии маскирования с использованием программы «SOMVI-mix». Как в аудиальном, так и в визуальном воздействии, неосознаваемые суггестивные установки (НСУ) формируются из эмоционально значимой информации. При этом в аудиальном воздействии могут быть использованы не только слова, но и эмоциогенные звуки. По смысловому содержанию НСУ не являются законченными и грамматически выверенными фразами, а представляют собой набор словосочетаний, составленных таким образом, чтобы оптимально реализовать механизм психосемантического обусловливания. Озвучивание НСУ производится с учетом необходимых голосовых и интонационных характеристик. НСУ автоматически закольцовываются и постоянно повторяются на протяжении воспроизведения программы, благодаря чему происходит постепенное изменению значимостей семантических элементов психики в соответствии с целевым назначением программы.
- ***Образотерапия*** – в коррекционных программах Комплекса «НАТАЛИС», используются в виде «всплывающих кадров» фотоизображений объектов, несущих в себе глубокий символический смысл, сформировавшийся в процессе эволюции и фиксированный на неосознаваемых уровнях психики. Всплывающие кадры, используемые в коррекционных программах, являются не просто фотографическими отображениями реальных объектов, а зрительными стимулами, воздействующими на бессознательное содержание психики и актуализирующими те состояния и переживания, которые необходимы для достижения целевого эффекта программы.

В отличие от первой группы механизмов воздействия (цветовоздействие, ритмовоздействие, звукотерапия), где ожидаемый от них эффект наступает непосредственно в процессе коррекционного сеанса (по нашим данным достижение измененного состояния сознания и формирование состояния транса происходит на 5-6-й минутах сеанса), эффекты от второй группы механизмов воздействия (неосознаваемое визуальное и аудиальное воздействия и образотерапия) имеют накопительный характер, обладают определенной инерционностью и постепенно прирастают от сеанса к сеансу. Для достижения ощутимого эффекта необходимо прохождение курса, включающего не менее 5-6 сеансов психокоррекции выбранной программой, а в некоторых случаях и значительно больше.

Технология неосознаваемого воздействия (технология SOMVI)

Физические и психосемантические факторы воздействия

Технология SOMVI (Sound Overtone Modulation of Voice Information) основана на физических и психосемантических методах воздействия, которые исследовались и апробировались на протяжении более 30 лет. Согласно этим исследованиям, используя различные физические факторы (ритмовоздействие, цветовоздействие, психоакустические модуляции) можно влиять на психофизиологическое состояние человека – снижать уровень тревоги, устранять напряженность, повышать настроение. И это уже достаточно хорошо. Но эффект от физических факторов ограничен во времени.

Если же в этом оптимальном психофизиологическом состоянии дополнительно производить воздействие встроенной в фоновый звук информацией, недоступной осознанному восприятию, то можно влиять на глубинные неосознаваемые причины различных расстройств и нарушений (страхов, тревог, перепадов настроения, зависимостей, низкой самооценки и пр.). И эффект от данного воздействия уже не ограничен во времени. Информация, имплантированная таким образом в память человека, никуда не исчезает и постоянно оказывает свой положительный коррекционный эффект.

Иными словами, эти составляющие – физические факторы воздействия и неосознаваемое информационное воздействие (семантизированный звук) – и являются основой Технологии SOMVI.

Почему воздействие на бессознательную сферу.

Любая психотерапевтическая помощь и любое психологическое сопровождение будут эффективны только тогда, когда они смогут изменить именно на бессознательном уровне систему отношений (отношение к себе и своему поведению, к своей работе, к окружающим, к возникающим проблемам и пр.). На осознаваемом уровне любая поступающая извне информация, в том числе от психологов, проходит через фильтры сознания («верю – не верю», «правильно – неправильно», «принимаю – не принимаю» и пр.), и все, что не соответствует «ага-реакции» (реакции «да, точно, верю, именно так…»), отвергается и никак не влияет на систему ценностей и убеждений.

Например, любой человек с алкогольной зависимостью знает, что пить вредно (на уровне сознания), и повторять ему эту прописную истину бесполезно. На бессознательном уровне у него своя система убеждений, оправдывающая эту пагубную зависимость («другие пьют – и ничего», «если еще немного добавить, ничего страшного не произойдет» и т.д.). Если же информация об опасности злоупотребления станет содержанием его бессознательной сферы, его собственным убеждением, только тогда она изменит его систему отношений. Например, если у него умрет друг от алкогольного цирроза печени. Умрет человек из его же референтной группы, которому он доверяет, в отличии от врачей, «которым только попугать», и своим «примером» докажет, что, от алкоголя «оказывается» можно просто «перестать быть», «перестать существовать». Еще большим аверсивным импринтингом обладает ситуация, когда пациент сам попадает в реанимацию, например, с острой печеночной недостаточностью. В этом случае в его системе ценностей появится абсолютное убеждение «от этого можно умереть». Эта установка на бессознательном уровне приобретет личностную значимость (личностный смысл), станет руководством к действию и, соответственно, радикально изменит его поведение. В медицине известно много случаев, когда именно по данному варианту происходили спонтанные ремиссии больных алкоголизмом.

Точно так же, на уровне сознания человек с низкой самооценкой понимает, что не надо быть «тряпкой», человек с высоким уровнем тревоги понимает, что не надо всего бояться. Но, пока на бессознательном уровне не изменится отношение к себе (самооценка, или, более широкое понятие в психологии, – «Я-концепция»), ситуация не поменяется.

Даже человек, который хочет похудеть, после каждой диеты будет быстро набирать «свой» прежний вес именно потому, что он «свой». Для стабильного результата необходимо, чтобы изменился так называемый «Образ телесного Я» – эталонный образ собственного тела. А этот образ также сформирован и сохраняется в форме определённого смыслового конструкта «Я – такой-то» на бессознательном уровне.

Технологии неосознаваемого воздействия позволяют вводить информацию непосредственно в бессознательную сферу психику, минуя фильтры сознания.

Способы неосознаваемого воздействия и технология маскирования информации

Неосознаваемое воздействие может быть:

- Подпороговым (сублиминальным), когда аудио- или видео-информация по своим физическим параметрам является ниже порога физиологического восприятия.
- Маскированным, когда воздействующая информация по физическим параметрам выше (и даже значительно выше) порога восприятия, но она зашумлена (маскирована, скрыта) другой информацией.

В технологии SOMVI используется именно маскированное (не подпороговое) воздействие.

Как можно замаскировать изображение в видеоряд (более известен, как «эффект 25-го кадра»), как правило, не вызывает вопросов. Непонимание, даже у профессионалов, возникает с маскированием звуковой информации. В качестве примера для понимания можно привести известный в психологии «эффект коктейльной вечеринки» (был описан Колином Черри в 1953 году). Эффект заключается в способности услышать значимую информацию (например, собственное имя) в окружающем шуме даже когда внимание было сфокусировано на другом собеседнике. Этот эффект связан с тем, что на уровне осознанного восприятия мы можем анализировать только один информационный источник. Чтобы анализировать несколько информационных источников («эффект Юлия Цезаря») необходимо постоянно переключать внимание с одного источника на другой.

То, что находится в центре внимания – это и есть осознанное восприятие, т.е. то, что анализируется сознанием в данный момент времени. В отличие от сознания бессознательная сфера человека обладает способностью анализировать одновременно весь поток информации, который проходит через органы чувств. А это, в свою очередь, дает возможность разрабатывать технологии маскирования скрытой информации за «ширму» информации, воспринимаемой сознанием, т.е. технологии неосознаваемого воздействия. Технология маскирования позволяет «вшивать» звуковую или визуальную информацию в аудио- или в видеоряд, что делает невозможным ее распознавание на уровне сознания.

Технология маскирования – это только инструмент – способ внесения (введения, имплантации) информации непосредственно в бессознательную сферу психики. Так же, как и смысл любой таблетки, на 99,..% состоящей из муки, заключается в том, чтобы донести лекарственный субстрат до организма. В нашем случае надо донести лечебную информацию в бессознательную сферу. «Лекарственным субстратом» в технологии SOMVI является сама имплантируемая информация, основанная на семантических методах и принципе психосемантического обусловливания.

Принцип психосемантического обусловливания

Для создания психокоррекционных программ предварительно формируются неосознаваемые суггестивные (внушаемые) установки (НСУ), которые могут включать слова, обладающие высокой эмоциональной значимостью (ключевая семантика), эмоциональные звуки (смех, крик, плач и пр.), техногенные звуки, содержащие смысловую нагрузку (например, стук в дверь – включает ориентировочную реакцию, звук клаксона автомобиля – включает оборонительную реакцию и пр.) и другие звуковые элементы.

НСУ содержат не логически выверенное описание конечной цели («Я не буду принимать алкоголь, потому что это вредно»), а комбинацию семантически значимых элементов, которые должны формировать установку и психофизиологическое состояние, необходимые для ее достижения. По смысловому содержанию НСУ не являются законченными грамматически выверенными фразами, а представляют собой набор словосочетаний и звуков, составленных таким образом, чтобы оптимально реализовать принцип психосемантического обусловливания.

Согласно данному принципу, словесный раздражитель – «триггер» или «семантический драйвер», обладающий высокой субъективной значимостью (например, смех, или крик отчаяния), провоцирует связанные с ним аффективные состояния (переживания). Если семантику триггера совместить с «семантическими мишенями» психотерапевтического воздействия и объединить в общие НСУ, то семантика «мишеней» в процессе процедур психокоррекции начинает приобретать аффективную окраску триггера. Благодаря этому происходит изменение значимости «семантической мишени», а, следовательно, и ее места в системе ценностей пациента.

Например, если объект фобии (паук) совместить со смехом, то смысловое отношение к пауку будет постепенно смещаться в «зону смешного» и, соответственно, «безопасного». Либо, если смысловые атрибуты, связанные с алкоголем, совместить с криком отчаяния или другим негативным триггером, то ценностно-смысловое отношение к алкоголю будет постепенно смещаться в эмоционально отрицательную зону.

Постоянные повторы НСУ в процессе процедуры психокоррекции постепенно изменяют аффективное и смысловое содержание семантической мишени на бессознательном уровне, тем самым приводя к искусственному целенаправленному изменению значимостей семантических элементов памяти и постепенной модификации психики и поведения.

Воздействие через слуховой и зрительный каналы восприятия

Подавляющее количество информации человек получает через зрительный канал восприятия. Но в технологии SOMVI превалирующая роль отведена именно слуховому анализатору. Это связано со многими причинами.

Во-первых, для воздействия на психику человека через зрительный анализатор необходимо чтобы источник воздействия всегда находился в поле восприятия – на него надо смотреть. А это не всегда удобно и не всегда возможно. Со звуковым воздействием таких проблем нет. Можно смотреть куда угодно, заниматься чем угодно, можно даже спать, а звуковая информация, если человек находится в зоне слышимости, все равно усваивается слуховым анализатором.

Во-вторых, звуковая информация обладает преимуществом по сравнению со зрительной в плане передачи эмоциональной составляющей (для того, чтобы это понять, достаточно у остросюжетного фильма или триллера заменить его аудиотрек на веселую музыку). А степень эмоциональной значимости является основным качеством при информационном воздействии.

В-третьих, слуховой анализатор имеет значительное преимущество по сравнению со зрительным в плане хранения информации в ультракратковременной памяти (она же сенсорная, она же последовая, она же иконическая – для зрительного анализатора и эхоическая – для звукового анализатора) – т.е. это та память, которая сохраняет информацию короткое время «на кончике анализатора». У зрительного анализатора она хранит информацию крайне мало (в пределах секунды) и быстро «стирается» восприятием следующих объектов (на этом «стирании» основан эффект маскирования – «эффект 25-го кадра»). У зрительного анализатора она сохраняет воспринятый звук гораздо дольше (3 секунды и более), и принцип хранения эхоической памяти совсем другой – напоминает реверберацию (внутренние «повторы» только что воспринятого звука – фонологическая петля). Именно эта особенность слухового анализатора позволяет осуществлять информационное воздействие с высоким эффектом усвоения информации.

Воздействие же через зрительный канал в технологии SOMVI имеет комплементарный (дополнительный) характер. Используемые в видеоряде изображения (как осознаваемые, так и неосознаваемые) ассоциативно связаны с содержанием звуковой информации (со смысловым содержанием НСУ).

Как создаются стандартизованные коррекционные программы (психологический инструментарий)

В процессе разработки технологии на начальном этапе для пациентов разрабатывались только индивидуальные аудиальные психокоррекционные программы (АПК-программы) на основе семантики субъективно значимой именно для данного пациента. Тезаурус индивидуально значимых семантических элементов формировался на основе предварительно проводимой диагностики и психосемантического анализа, в том числе с использованием метода семантического дифференциала (Osgoog, 1952). Благодаря этому неосознаваемые суггестивные установки (НСУ), использованные в коррекционных программах, представляли собой эмоционально насыщенные словесно-смысловые образования, обладающие высокой степенью субъективной значимости, что значительно повышало эффект суггестивного воздействия.

В дальнейшем на основе собранного семантического материала были выделены универсальные лексические единицы и их сочетания, образующие НСУ, для каждой категории пациентов с определенной психопатологической и патопсихологической симптоматикой, которые обладали высокой значимостью практически для всех пациентов со схожими психологическими проблемами. Эти проблемы и выступают в качестве мишеней психотерапевтического воздействия НСУ. Универсальные суггестивные установки стали основой для разработки стандартизованных психокоррекционных программ разной целевой направленности и ориентированных под разные психотерапевтические задачи.

Процесс формирования библиотек значимых семантических элементов никогда не останавливается и постоянно пополняется благодаря клинической работе и проводимым психологическим исследованиям. За счет этого вся выпускаемая нами продукция (психологический инструментарий) периодически обновляется в плане семантики воздействующей информации (смыслового содержания НСУ).

ПОДРОБНЕЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Цветовоздействие

История применения цвета и света как для изменения психофизиологического состояния, так и для лечения различных заболеваний ведет свое начало из Древнего Египта. Сохранились свидетельства о лечебном использовании спектральных компонентов света - цветов радуги - в Древнем Египте. В частности, древнеегипетские врачи предписывали носить одежду определенного цвета как средство исцеления от различных болезней. Древние греки оставили записи о разработанной ими теории и практике солнечной терапии. Например, город Гелиополис (город Солнца, с греч.) славился своими храмами, в которых свет использовали для лечения людей.

В.М. Бехтерев использовал цвет для усиления психотерапевтического воздействия на эмоциональное состояние своих клиентов в клинике нервных болезней Военно-медицинской академии. Он использовал при этом выдвижные рамы со стеклами красного и синего цвета. У больных с синдромом депрессии значимо улучшалось настроение, когда психотерапия проводилась при красном цвете и, наоборот, синий цвет помогал уменьшать возбуждение.

Рубинштейн С.Л., в свое время, отметил, что действие цвета обусловлено, с одной стороны, непосредственным влиянием на организм, а с другой – бессознательными ассоциациями, которые разные цвета вызывают на основе предшествующего опыта.

В настоящее время за рубежом и в нашей стране накопилось достаточно много конкретных данных, подтверждающих несомненное психофизиологическое воздействие цвета на организм человека (Бехтерев В.М., Гольдштейн К., Джерард Р., Казначеев В.Н., Кравков С.В., Люшер М., Эткинд А.М. и мн. др.).

Исследования последних десятилетий в изучении волновых воздействий полей различных диапазонов, в том числе изучение воздействия светового излучения в видимой части спектра привели к возникновению “вибрационной медицины”, рассматривающей человека, как физико-клеточную систему в динамическом взаимодействии с комплексом регуляторных энергетических полей.

Среди ученых, исследовавших влияние света на живые организмы, был американец Д. Стиплер (1977). Он исходил из того, что поскольку все живое на Земле существует благодаря солнечному свету, то этот свет есть нечто большее, чем источник тепла и фотосинтеза. Особенно известны работы его последователя - Джейкоба Либермана (1983), который конкретизировал его идеи и предположил, что солнечный свет — это метод лечения, который способен лечить от многих соматических и пограничных психических заболеваний.

Свои научные исследования Д. Либерман начал с опытов на кроликах. С помощью световых фильтров он освещал животных разным цветом. Через некоторое время у кроликов появились признаки расстройства нервной и эндокринной системы, затем симптомы болезней сердца и сосудов, интоксикации неясного генеза, увеличилась масса тела. Такие результаты натолкнули Д. Либермана на мысль о том, что, изменяя цвета солнечного спектра, можно не только нарушить, но и восстановить психофизиологический гомеостаз органов и систем организма.

Современный исследователь психолого-культурологических аспектов влияния цвета на состояние человека Н.В. Серов (1990) считает цвет уникальным информационным субстратом, охватывающим все сферы нашей жизни. Он утверждает, что воздействие цвета на человека осуществляется одновременно на трех уровнях:

- физиологическом (бессознательно - рефлекторном) – красный цвет ускоряет пульс, синий – замедляет,
- подсознательном (социально-архетипическом) – красный цвет ассоциируется с понятиями кровь, огонь, синий – с водой, небом,
- сознательном – информационно-символическом (дорожные сигналы, другие общепринятые и официальные знаки).

Как показала в своих исследованиях Соловьева Е.А. (1993), в состоянии нервно-психического напряжения, характеризующегося определенными психофизиологическими сдвигами в механизмах адаптации, более эффективными оказываются реакции на цвет, имеющие противоположное физиологическое действие по отношению к испытываемому психосоматическому состоянию. Миронова Л.И. (1993), специалист по эргономической психофизиологии, считает, что для человека без отклонений здоровья наиболее оптимальными цветами являются, так называемые, “средневолновые” - оттенки от желтого до голубого.

Немецкий биофизик Ф.А. Попп научно доказал, что каждая живая клетка испускает световое излучение - “биофон”, которое является средством межклеточного общения. Воздействие окрашенным светом, восполняя информационный и энергетический дефицит “биофона”, гармонизирует межклеточное взаимодействие, что обеспечивает нормализацию всех биофизических процессов в организме.

Согласно теории П. Менделя, когда на человека воздействует определенно окрашенный свет (т.е. поле определенной длины волн), цвет передает информацию мозгу и эндокринным органам. Организм усваивает именно ту информацию (энергию окрашенного света), недостаток в которой он ощущал, благодаря чему восстанавливается гармония и психофизиологическое состояние.

Именно на этих механизмах основаны многие терапевтические методики с применением цветовоздействия (цветотерапии, цветопунктуры, цветозонотерапии и др.), которые с успехом применяются при лечении самого широкого спектра заболеваний и расстройств: от психических (депрессивные и тревожные расстройства, астенические состояния, бессонницы) до соматических (болезни легких, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, нервной системы, кожные заболевания и т.п.) (см. Корво Д., Вернер-Бондз Л. “Целебная сила цветозонотерапии”, \пер. с англ.\, М. 1998; Паньямента Н. “Цветопунктура для детей”, \пер. с итал.\, СПБ, 1998; Вайс Ж.-М., Шавелли М. “Лечение цветом” \пер. с франц.\, Ростов-на-Дону, 1997, Абрамова Т. “Таблетки из солнца”, \Ж. “Путь к себе”, № 8/9, 1993 г., с. 15 - 17\ и др.).

В коррекционных программах Комплекса «НАТАЛИС» использовано цветовое воздействие всем видимым спектром в режиме последовательного предъявления дополнительных цветов - “контрастный цветомассаж”, что значительно усиливает цветовосприятие и усвоение организмом энергии света. При этом в цветовой ряд включены гаммы, содержащие не менее 80% “холодных” зелено-голубых тонов, обладающих расслабляющим (релаксирующим) действием. Видимый графический интерфейс программы представляет собой концентрически плавно изменяющиеся цветовые гаммы, постоянно переходящие одна в другую, специально рассчитанные по спектральному составу, продолжительности, частоте, сменяемости и ритмичности, что вызывает положительное воздействие на психофизиологическое состояние, способствует быстрому снятию утомления и напряжения, усилению психовизуального эффекта рассеивания внимания, диссоциации сознания, возникновению состояния релаксации, повышая эффект суггестии и, соответственно, повышая эффективность психокоррекционного воздействия.

Фиксирующий графический интерфейс

В центре графического интерфейса реализуется воспроизведение фиксирующего изображения – образ трехмерного тела (куба, вращающегося в разных направлениях и постоянно меняющего цветовые гаммы окраски). В области вращающегося куба с определенной периодичностью появляются «всплывающие» кадры (по принципу “слайд-шоу”), постепенно увеличивающиеся в размере и меняющие свою прозрачность в параболической зависимости. При каждом запуске одной и той же программы набор «всплывающих» кадров изменяется, для чего программа содержит тематические библиотеки изображений, соответствующих целевому назначению программ. Помимо собственно психологического воздействия, целью вращающегося куба и всплывающих кадров является фиксация внимания в центре графического интерфейса. Именно в этой области экрана реализуется визуальное неосознаваемое воздействие, попадающее, благодаря фиксирующей внимание графике, именно в центр взора. Помимо этого, сам вращающийся куб также оказывает релаксирующее (гипногенное) воздействие. А всплывающие кадры (см. далее), помимо собственного содержательного (тематически-смыслового) влияния, обладают эффектом «мягкой активации», не позволяя пациентам (клиентам) быстро «уйти» в состояние глубокого транса, или погрузиться в сон.

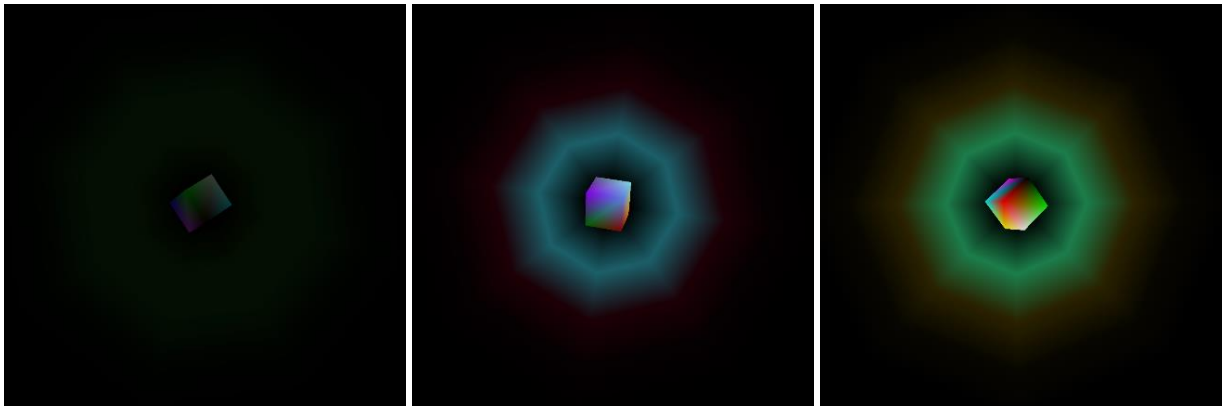


Рис. 3 Пример видоизменения образа трехмерного объекта

Вариабельность графического интерфейса (цветовая, частотная, графическая, видовая, семантическая) исключает эффект пресыщения, обеспечивает оптимизацию психофизиологического состояния и процессов зрительного восприятия для усвоения суггестивной информации, способствует актуализации комплементарных воздействию ассоциативных образов, значительно повышая эффективность коррекционного процесса.

Ритмовоздействие

С древних времен знакомы эффекты изменения функционального состояния за счет комбинированного сочетания ритмической световой и звуковой стимуляции. Так, многие ритуалы в архаичных культах сопровождались, как правило, ритмичными звуками (барабанный бой, хлопанье в ладоши, ритмизованное пение), и световыми мельканиями, вызываемыми свечами, факелами, кострами или движением людей вокруг огня, вызывающим у наблюдателя эффект “ритмизации” света. От древнегреческих театральных постановок до современных театрализованных представлений – наиболее популярным средством усиления психоэмоционального воздействия было использование комбинации света и звука.

Многие композиторы, например, Скрябин, создавали музыкальные произведения, прослушивание которых предполагало сопровождение световыми эффектами. И, как свидетельствует опыт применения ритмической светозвуковой стимуляции в медицинских целях, в ряде случаев она используется как одно из эффективных средств психотерапевтической работы с различными клиентами.

Исследования подтвердили, что биохимические изменения при ритмической световой стимуляция мозга сопоставимы с эффектами транскраниальной электрической стимуляции. Так, в исследованиях Shealy было обнаружено, что, как транскраниальная электростимуляция, так и фотостимуляция, достоверно увеличивают уровни эндорфинов, серотонина, норепинефрина и дофамина - гормонов, вызывающих расслабление, успокоение, эйфорию, обезболивание и повышающих устойчивость организма к внешним воздействиям.

Светоакустические системы эффективно применяются и в целях релаксации, и для повышения внушаемости негипнабельных клиентов, а также людей, невосприимчивых к обучению традиционным методам расслабления, например, при аутогенной тренировке.

Thomas и Siever в своих исследованиях показали, что пятнадцатиминутные сеансы светозвуковой стимуляции на частоте альфа-ритма вызывают достижение состояния выраженной релаксации, которое длится и после завершения сеансов стимуляции. Седативный и релаксирующий эффект светозвуковой стимуляции в ряде случаев столь выражен, что высказывались идеи ее использования для обезболивания вместо традиционного наркоза (Cosgrove, 1988).

В коррекционных программах Комплекса «НАТАЛИС» использованы следующие частоты ритмовоздействия:

- частота α-ритма биопотенциалов головного мозга (10 +/- 2 Гц),
- частота сердечного ритма в состоянии покоя (1+/- 0,2 Гц),
- частота спокойного дыхания в состоянии расслабления (0,1 +/- 0,02 Гц).

В акустическом канале использован более сложный набор звукового ритмовоздействия (в диапазоне от 390 до 0,08 Гц), при этом у каждой Коррекционные программы он разный и соответствует целевому назначению программы.

По механизму **биофизического резонанса** воздействующие частоты подстраивают под себя физиологические функции органов и всего организма («навязывая» свою частоту), тем самым формируя оптимальное психофизиологическое состояние, что, с одной стороны, улучшает работу всех органов и систем, в том числе и психическое функционирование, а, с другой стороны, формирует необходимое трансовое состояние и тем самым повышает гипнабельность и внушаемость, а, соответственно, и результативность сеансов психокоррекции.

Звукотерапия

Человечество на протяжении многих веков с успехом пользуется теми методами, которые сегодня относят к инструментам звукотерапии. Независимо от культурного и этнического происхождения, каждый человек в минуты сильной физической или душевной боли прибегает к одному из древнейших видов звукотерапии, который в наше время называется тонингом. Тонинг – это тягучее произношение звуков, напоминающее стон. Люди используют его бессознательно, инстинктивно. Этот адаптивный механизм сложился в глубинах эволюции еще до появления человека, как вида. Многие животные используют звуки, созвучные с тонингом, в ситуациях стресса, вызванного не только физическими воздействиями.

С физической точки зрения звук – это волна. Механизм положительного влияния звука на состояние организма заключается в воздействии на психофизиологическое состояние волновыми частотами через слуховой аппарат. И не только через слуховой аппарат – органы человека обладают своими резонансными частотами, которые «отвечают» на соответствующий частотный диапазон, воспринимаемый извне. Особенно это проявляется со стороны органов и анатомических образований, имеющих воздушные полости (пазухи носа, лобные пазухи, грудная клетка и др.). Эффект звукового резонанса используется, например, при совершении культовых обрядов и чтении молитв: ектения – протяжное моление в православии, намазы в исламе, мантры в буддизме (а также в индуизме, сикхизме и джайнизме) – все они используют эффект звукового резонанса. Ведическая медицина разработала целую систему терапии отдельными звуками. Лечебный эффект этой терапии основан на «энергетическом дрожании», которое производят эти звуки, называемые мантрами.

Исследования показали, что воздействие звуковых колебаний с различными частотно-амплитудными характеристиками оказывает воздействие не только на организм человека в целом, но и на разные его органы. При этом звуки с разными характеристиками могут воздействовать на разные органы и системы. Монахи Тибета в качестве звукотерапии издревле прибегали к «поющим» чашам. Принцип этого метода заключается в своеобразном «звуковом массаже», который производят звуки на клеточном уровне, на уровне органов и систем и на уровне всего организма.

Музыка также относится к звукам, но при этом она обладает определенными характеристиками, выделяющими ее среди остальных звуков. Музыка – это звуки, которые определённым образом организованы для создания сочетания формы, гармонии, мелодии, ритма. Звукотерапия с использованием музыки называется музыкотерапия.

Музыкотерапия – более поздний вариант звукотерапии, но также имеет очень большую историю. Уже в египетских папирусах были найдены упоминания о том, как древние жрецы оздоравливали египтян с помощью мелодий и звуков. А в Ветхом Завете говорится, что Давид игрой на арфе лечил нервное помешательство царя Саула. В древней Греции были мудрецы, которые использовали в целительных целях свойства музыки и ее влияние на здоровье человека. Аристотель считал музыку не только панацеей лечения, но и очищения души. Платон утверждал, что музыка является главным средством для воспитания гармонической личности. В 3 в. до н. э. в Парфянском царстве был выстроен медицинский центр. Здесь лечили музыкой от тоски и душевных переживаний.

Пифагор считал, что музыка имеет прямое отношение к здоровью. Он излечивал многие душевные и физические заболевания, с помощью специально составленных им композиций. Пифагор даже ввел такое понятие как «музыкальная медицина».

Современная медицина воспользовалась эмпирически накопленным опытом и стала разрабатывать методы лечения музыкой. Целенаправленно в медицинском учреждении с лечебной целью музыка была впервые применена в XIX веке французским психиатром Эскиролем. Первые попытки реальных научных исследований влияния музыки были предприняты в России в конце XIX начале XX века (Тарханов И.Р., Догель И.М., Сеченов И.М. и др.). Исследователи активно занялись изучением музыки, её методов и приёмов, как средства для лечения и восстановления человеческого организма. Академик В.М. Бехтерев, известный психоневролог, научно доказал благотворное влияние музыки на дыхание, газообмен, ЦНС, кровообращение, практически на все процессы жизнедеятельности. В США музыкальная терапия (МТ) получила признание после 2-ой мировой войны, когда ее успешно применили при лечении эмоциональных расстройств у ветеранов. В 60-70 е годы с музыкой стали работать врачи в Европе. Известным русским хирургом академиком Б. Петровским музыка использовалась во время сложнейших операций, что обеспечивало более гармоничную работу организма.

Полноценное формирование школы научной музыкотерапии началось в России в начале 90-х годов XX века. В 1993 году был открыт в Москве 1-й Научно-исследовательский институт музыкальной терапии и традиционной медицины. В 2003 году Российское Министерство здравоохранения утвердило музыкотерапию в качестве медицинского метода (было утверждено пособие для врачей «Методы музыкальной терапии», авторы С.В. Шушарджан и А.Н. Разумов). За этот период проведены научные работы, в которых изучались биофизические, нейрофизиологические и клинические аспекты музыкальной терапии. Научно-теоретической базой музыкальной терапии стала нейрогуморально-резонансная теория (2005), которая впервые раскрыла многоуровневый механизм музыкально-акустических воздействий на организм человека. С помощью современных методов нейровизуализации установлено, что музыкотерапия повышает активность в областях мозга, связанных с регулированием эмоций.

Конечно, восприятие музыки и звуков отличается индивидуальными особенностями у каждого человека. Но есть определенные закономерности, которые универсальны для всех, независимо от социальной, культурной, этнической принадлежности, независимо от пола и возраста. Например, лезгинка, или «Танец с саблями» Арама Ильича Хачатуряна на всех без исключения оказывает тонизирующее воздействие, а «Реквием» Вольфганга Амадея Моцарта – столь же однозначно вызывает грусть, состояние печали и скорби. Заразительный смех даже у человека, находящегося в расстроенных чувствах, способен вызвать улыбку, а стон и плач – настороженность, волнение, тревогу. И это всего лишь звуки, а не реальные события, происходящие в данный момент. Так, слово «Лакримоза» (название самой трагической части произведения Моцарта "Реквием") в переводе с латыни означает "плачущая". Т.е. данное музыкальное произведение, изначально создавалось как звуковое воздействие, вызывающее слёзы, печаль, плач и даже рыдания, несмотря на отсутствие ситуации или объекта оплакивания. Существует множество приемов, позволяющих с использованием звука (как частный вариант, с использованием музыки) одномоментно изменить психофизиологическое состояние человека. Это происходит благодаря тому, что звук (также как цвет и запах) воздействуют непосредственно на бессознательную сферу психики, мгновенно актуализируя ассоциативно связанные с ними состояния.

В настоящее время подготовка профессиональных музыкальных терапевтов ведется в разных странах Европы, а в США - в более чем в 70 университетах. Тысячи специалистов работают в медицинских центрах, центрах социальной реабилитации и психологической помощи.

В Комплексе «НАТАЛИС» в качестве звукового фона использованы музыкальные треки, специальным образом разработанные под целевое направление каждой коррекционной программы. Треки, либо создавались с использованием технологий музыкального программирования в соответствии с техническими условиями, которые определяют установленные требования (к мелодии, тональным оттенкам и модуляциям, частотно-амплитудным характеристикам, инструментальному составу звучания, встроенным дополнительным звукам и звуковым композициям, к характеристикам встроенных ритмов), либо использовались готовые музыкальные треки, которые модулировались в соответствии с теми же техническими условиями. При разработке звукового фона учитываются также психоакустические характеристики слуха, например, особенность слухового аппарата человека «не замечать» звук более высокой частоты в низкочастотном звуке.

Учитывая все перечисленные выше требования, в соответствии с которыми разрабатывались музыкальные треки, воздействие звукового фона коррекционных программ Комплекса «НАТАЛИС» относится не к музыкотерапии, а именно к методам более широкого направления – к звукотерапии. В музыкотерапии используются уже готовые, как правило, классические музыкальные произведения, воздействие которых на психоэмоциональное состояние было изначально установлено эмпирическим путем. Эти музыкальные произведения включают в себе мотив, то есть известную ритмическую фигуру, которая повторяется в первоначальном или измененном виде и составляет рисунок мелодии, за счет чего частые прослушивания этой музыки, даже самой приятной, со временем вызывают эффект пресыщения. Музыкальные треки Комплекса «НАТАЛИС» написаны в стиле эмбиент. Они не являются четко структурированной мелодией, не запоминаются – в ходе проведенных апробаций наши пациенты не могли их воспроизвести по памяти даже при многократных прослушиваниях, и, соответственно, они практически не вызывают эффекта пресыщения. Это очень важный факт, учитывая, что коррекционные сеансы проводятся повторно многократно. При этом треки, написанные в стиле эмбиент, характеризуются обволакивающим атмосферным ненавязчивым фоновым звучанием, способствующим достижению оптимального трансового состояния.

Неосознаваемое визуальное воздействие

Любые средства, методы и приемы психотерапии опираются на введение тем или иным путем (внушением, разъяснением, переживанием в психокатарсисе, воздействием в измененном состоянии сознания и др.) информации в неосознаваемые зоны психики. Самый мощный психокоррекционный механизм – внушение – значительно усиливается, если воздействующую информацию сделать недоступной сознанию человека (неосознаваемой) и обеспечить ее прямое введение в подсознание человека.

На неосознаваемом уровне внушаемая информация, не встречая критику сознания, действует так, что абсолютно истинная информация может оказаться непринятой, а ложная - принятой, полезная информация может отвергаться, а бесполезная и даже вредная восприниматься как руководство к действию. Особенно это последнее положение касается детей подросткового возраста, когда сопротивление наставлениям взрослых, протестные настроения, негативизм, выражены наиболее ярко. В этом возрасте логические конструкты устроены так, что любые «глупости», исходящие от представителей референтной группы (сверстников), воспринимаются как «истина в последней инстанции». А разумные советы взрослых отвергаются как бесполезные, или даже вредоносные.

Бессознательная же сфера психики не располагает инструментами логического анализа, поэтому любая информация (внушение), имплантированная в бессознательное, встраивается систему ценностных ориентиров, усваивается и становится собственным убеждением человека.

Именно поэтому с давних времен наряду с методами разъяснения, убеждения и внушения в бодрствующем состоянии врачи и знахари применяли кустарные или научно обоснованные средства психокоррекции в измененных состояниях сознания с целью преодоления осознанного сопротивления внушаемому воздействию. Многие виды психотерапии: трансовые состояния (по М. Эриксону), медитация, аутотренинг, гипноз и др., тоже используют измененное состояние сознания для введения внушаемой информации в память человека. В практике психотерапии достаточно широко применяются различные методы и методические приемы использования суггестии в измененных состояниях сознания и способы изменения состояния сознания. Гипноз, наркогипноз, трансовые состояния, медитация различных видов и типов - все они, как и многочисленные другие способы, имеют целью обойти контроль или цензуру сознания для того, чтобы усилить действенность внушения, чтобы внушаемая информация была усвоена.

Сила внушения, если оно достигло своей цели, настолько велика, что может регулировать любые процессы в организме человека. Последнее можно проиллюстрировать известными примерами. Так, в свое время были широко известны демонстрации «внушенных ожогов Протопопова» и «внушенных болезней». В 20-30 гг. русский гипнотизер Орнальдо (кстати, он был родным дедом академика Смирнова И.В.) утраивал настоящие «гипнотические эпидемии». Из положительных примеров науке известно множество примеров выздоровления пациентов, страдавших неизлечимыми заболеваниями, под воздействием внушения.

Все это объясняется тем, что высшей управляющей системой в живом организме является психика и особенно ее бессознательная сфера. Внушенная информация преобразует содержимое психики, корректируя систему ценностей, убеждений и представлений, тем самым изменяя способы психического реагирования и поведения.

В коррекционных программах Комплекса «НАТАЛИС» в графическом видеоряде используется технология маскирования, которая заключается в «расщеплении» кадров с неосознаваемым внушением на пиксельные фракции, которые при последовательных развертках экрана монитора складываются в целостный образ.

Неосознаваемое аудиальное воздействие

Нас окружает огромный и непрерывно меняющийся мир образов и мир звуков. Человек постоянно пребывает в потоке информации, которую он вынужден воспринимать своими органами чувств. При этом доказано, что человек воспринимает и усваивает не только то, что он хочет увидеть или услышать и что находится в поле его внимания, но и всю информацию, которая каким-либо образом воздействует на его органы чувств. Неосознаваемо мы воспринимаем и усваиваем несоизмеримо больший объем информации, чем тот, который контролируется нашим сознанием.

Слуховой аппарат человека устроен таким образом, что при анализе сложного звука он вычленяет все элементарные составляющие этого звука по принципу Фурье-преобразования. Поэтому весь информационный звуковой поток и весь спектр звуков, в котором находится человек, независимо от того обращает он на него внимание, или нет, слышимы эти звуки, или маскированы другими звуками, попадает в его мозг и влияет на содержание психики и поведение.

Маскируя суггестивную звуковую информацию в любой звуковой фон, можно производить суггестивное воздействие, не вводя человека в гипнотическое состояние. Это достигается за счет **эффекта неосознаваемости внушаемой информации при сохранении семантической нагрузки воздействия**. Именно эти принцип использован в аудиальном воздействии коррекционных программ Комплекса «НАТАЛИС».

Методологически построение фраз суггестивного воздействия производится в соответствии с **принципом семантического обусловливания** (Лурия А.Р., Виноградова О.С., 1971). Согласно этому принципу, словесный раздражитель («триггер» или «семантический драйвер» по И.В. Смирнову), обладающий высокой субъективной значимостью, провоцирует связанные с ним аффективные состояния, а также инициирует смежные семантические поля, актуализируя ассоциированные с ними аффективные переживания. Чем большей значимостью обладает триггер, тем больший эмоциогенный эффект она будет оказывать. Если семантику триггера совместить с семантическими мишенями психотерапевтического воздействия (объединить в общие словосочетания), то семантика «мишеней» во время процедур психокоррекции начинает приобретать аффективную окраску триггера. Постоянные повторы данных словосочетаний в процессе процедуры психокоррекции усиливают и закрепляют воссоздаваемую (вновь формируемую) аффективную окраску семантической мишени, тем самым изменяя ценностное отношение к ней и модифицируя саму систему ценностей. Словосочетания, сформированные в соответствии с принципом семантического обусловливания, называются **неосознаваемые суггестивные установки (НСУ)**.

Тезаурус индивидуально значимых семантических элементов формировался на основе предварительно проведенного психосемантического анализа, в том числе с использованием метода семантического дифференциала (Osgoog, 1952). Эта работа проводилась на протяжении 8 лет в процессе индивидуального психологического сопровождения пациентов участников боевых действий (ветеранов чеченской компании и первого года СВО), для которых на основе субъективно значимой семантики разрабатывались индивидуальные психокоррекционные программы. Из собранного семантического материала были выделены универсальные лексические единицы и их сочетания, которые обладают определенным личностным смыслом и высокой эмоциональной значимостью практически для всех пациентов. Из этих лексем были сформированы суггестивные установки, соответствующие психологическим проблемам, выступающим в качестве мишеней психотерапевтического вмешательства. Благодаря этому НСУ, использованные в коррекционных программах, представляют собой эмоционально насыщенные словесно-смысловые образования, обладающие высокой степенью субъективной значимости, что значительно повышает эффект суггестивного воздействия. Универсальные суггестивные установки стали основой для разработки стандартизованных психокоррекционных программ Комплекса «НАТАЛИС» разной целевой направленности и ориентированных под разные психотерапевтические задачи каждой входящей в Комплекс программы.

НСУ, встроенные в акустический канал коррекционных программ, автоматически закольцовываются и постоянно повторяться на протяжении воспроизведения сеанса психокоррекции. Количество повторов НСУ ограничивается их размером (длительностью звучания) и временем продолжительности сеанса психокоррекции. В коррекционных программах, входящих в Комплекс «НАТАЛИС», количество повторов НСУ (при проведении 12-тиминутного сеанса психокоррекции) с учетом применяемого эффекта реверберации находится в пределах – от 420 до 560 в каждом канале (в правом и левом канале использованы разные по содержанию, но комплементарные по смыслу НСУ).

При этом, как правило, в одном из каналов используется семантика НСУ основных суггестивных установок, т.е. именно тех, которые несут в себе целевой смысл воздействия, а в другом канале используется семантика, направленная на смысловое усиление целевого воздействия и на создание необходимого психофизиологического состояния (контекстуальные суггестивные установки). По содержанию смыслового воздействия НСУ можно разделить на мотивирующие, личностно-реконструктивные, десенсибилизирующие и др. При этом НСУ включают не обязательно только слова и словосочетания, но и любую значимую звуковую информацию: семантизированные звуки, эмоциональные звуки (примерами таковых могут служить смех ребенка, восклицания одобрения и пр.).

Учитывая, что эффективность воздействия неосознаваемых суггестивных установок в большой степени зависит от лингвистических характеристик (интонационных, голосовых, темпа и мелодики речи, особенностей фонации), озвучивание НСУ производилось с учетом целевой направленности каждой коррекционной

программы. В озвучивании принимали участие специалисты (психотерапевты, психологи, педагоги), обычные люди с необходимыми голосовыми и интонационными характеристиками, дети, а также профессиональные дикторы и профессионалы озвучивания. Например, часть семантического материала в коррекционных программах была озвучена Заслуженным артистом России Владимиром Левашёвым.

Суггестивная информация в коррекционных программах, предъявляемая через графический интерфейс и через акустический канал, либо тождественна, либо комплементарна по смысловой нагрузке.

Образотерапия

Уже столетия назад врачи древнего Востока использовали созерцание шедевров живописи, как лечебный и достаточно результативный метод. Начиная с середины XIX века европейские врачи также стали применять в своей практике лечение изобразительным искусством. Так в одной из крупных больниц Лондона провели интересный эксперимент. Не только коридоры и холлы, но и больничные палаты клиники украсили разными по жанру и стилю картинами. Некоторое время спустя среди пациентов был проведен опрос, и обнаружилось, что 80% из них считают, что живопись улучшала их настроение и отвлекала от проблем со здоровьем. В другой клинике Англии попытались выяснить, как влияют шедевры живописи на пациентов отделения онкологии. Больных, после предварительных тестов, разделили на три группы, одна из которых слушала музыку, вторую окружали картины, а третья проходила обычный курс лечения. Проведя обследование, врачи отметили значительное улучшение психологического состояния у больных, слушавших музыку и смотревших на полотна художников – чувство подавленности и страха уменьшилась на 32%. У пациентов, которые принимали лишь лекарства, настроение осталось прежним. Еще более наглядными были получены результаты, у той же категории пациентов, в Королевском госпитале Аделаиды, Австралия. Дэвид Эванс провел ряд экспериментов, применив терапию искусством, в ходе которых выяснилось, что больным, получавшим лечебные «дозы» музыки или живописи, стало требоваться меньше обезболивающих препаратов, чем прежде, т.е. снизилась медикаментозная нагрузка, что позволило снизить интоксикацию от химиотерапии. Помимо этого, у пациентов было отмечено снижение кровяного давления, что, во-первых, являлось показателем снижения общей напряженности, а, во-вторых, также способствовало снижению приема медикаментозных гипотензивных препаратов.

По мнению британских исследователей, поход к психоаналитику смело можно заменить походом в картинную галерею – произведения как мировой, так и современной живописи влияют на психику человека уникальным образом. Так в проведенных ими исследование, в ходе которого сканировали мозг группе добровольцев во время просмотра ими полотен великих художников, было зафиксировано, что во время просмотра активность мозга была подобна той, что испытывает мозг человека в моменты влюбленности. Кроме того, обнаружено повышение в крови гормона дофамина, связанного с положительным эмоциональным состоянием.

С течением времени виды изобразительного искусства стали расширяться, была изобретена фотография, которая постепенно по своему художественному содержанию и эмоциональному воздействию на зрителя стала успешно конкурировать с произведениями живописи. Фотоизображения начали применяться и в арт-терапии наряду с картинами художников. И вот, в 1977 году журнал Psychology Today опубликовал заметку, в которой говорилось о новой методике в психотерапии – использование фотографии в качестве психотерапевтического инструмента. Новое психотерапевтическое направление было названо авторами «фототерапия». Здесь необходимо сделать примечание, что термин «фототерапия» используется также для другого, физиотерапевтического, метода, состоящего в том, что пациент подвергается воздействию солнечного света или яркого света от искусственных источников с определёнными длинами волн (хотя более правильно называть данный метод «светолечение» или «светотерапия»). Основная суть фототерапии заключается в том, что фотография, как и любой внешний стимул, задействует при восприятии, помимо осознаваемых процессов, неосознаваемые ассоциации. Чем более содержательно изображение, чем оно более насыщено эмоционально значимыми образами, тем больше актуализируются в бессознательной сфере ассоциативные образы, воспоминания, переживания. В этот момент происходит неосознаваемая переработка блокированных в психике застойных аффективных состояний и переживаний, и их переструктурирование (рефрейминг) в соответствии с суггестивным воздействием, встроенным в аудио- и видеоряд программы.

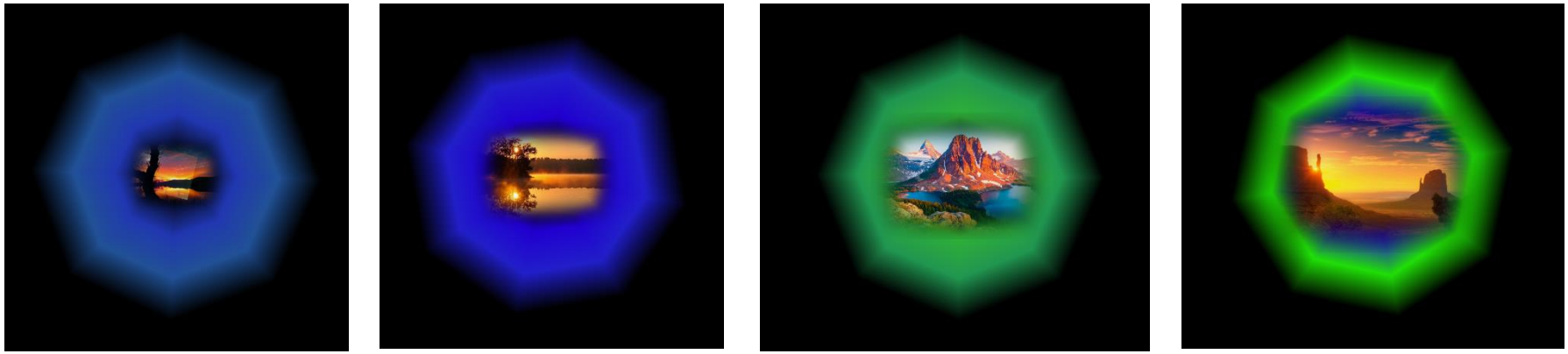


Рис. 4 Пример проецирования на экран «всплывающих кадров»

Фотоизображения, используемые в коррекционных программах Комплекса «НАТАЛИС» в виде «всплывающих кадров» (см. рис 4), проходили специальный экспертный анализ не только на предмет содержательной и эстетической стороны изображенных на них объектов, но, и это самое главное, на наличие символической составляющей изображений. Для человека многие объекты несут в себе глубокий символический смысл, который сформировался в процессе онтогенеза и антропогенеза на архаичном уровне психики. Так, символическое содержание вида гор и скал связано с ощущением уверенности, устойчивости, стабильности и надежности; вода, водные потоки связаны с очищением и оздоровлением; открытые пространства, небо – с состоянием свободы, расслабления, спокойствия; дороги, уходящие вдаль, – символ движения, активности, планов и надежд. Именно этот скрытый метафорический смысл через ассоциативные механизмы актуализирует в подсознании запечатленные образы комплементарные основному смысловому содержанию коррекционной программы.

Таким образом всплывающие кадры, используемые в коррекционных программах, являются не просто фотографическими отображениями реальных объектов, а зрительными стимулами (символами), воздействующими на бессознательное содержание психики и актуализирующими те состояния и переживания, которые необходимы для достижения эффекта в соответствии с целевым назначением каждой программы.

Библиотеки всплывающих кадров (количество фотоизображений в соответствующих папках), использованные в программах, избыточны, т.е. их содержится значительно больше, чем воспроизводится в каждом коррекционном сеансе. И изображения появляются в рандомизированном порядке, что при повторных сеансах исключает запоминание последовательности появляющихся фотоизображений и формирование перцептивных шаблонов зрительного восприятия, а, соответственно устраняет возникновение эффекта пресыщения.

СТРУКТУРА КОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ

После запуска выбранной коррекционной программы начинает звучать фоновый звук (музыка), в который вмонтировано неосознаваемое аудиальное воздействие. Аудиальное воздействие (постоянно повторяющиеся НСУ) присутствует в фоновом звуке на протяжении всего воспроизведения коррекционной программы (схематично показано на Рис. 5).

Практически одновременно с постепенно нарастающей яркостью на экране возникает цветовой графический интерфейс в виде постоянно изменяющегося по цвету восьмигранника и вращающегося в его центре куба (фиксирующего на себе внимание). Цветовая окраска вращающегося куба также постоянно меняется в определенной последовательности и с определенной частотой.

После достижения необходимой яркости примерно через 15” от начала воспроизведения в центре графического интерфейса появляются кадры с неосознаваемым визуальным воздействием (их маскирование производится по алгоритму «расщепленных кадров»). Неосознаваемое визуальное воздействие сопровождает графический интерфейс на протяжении всего воспроизведения Коррекционные программы.

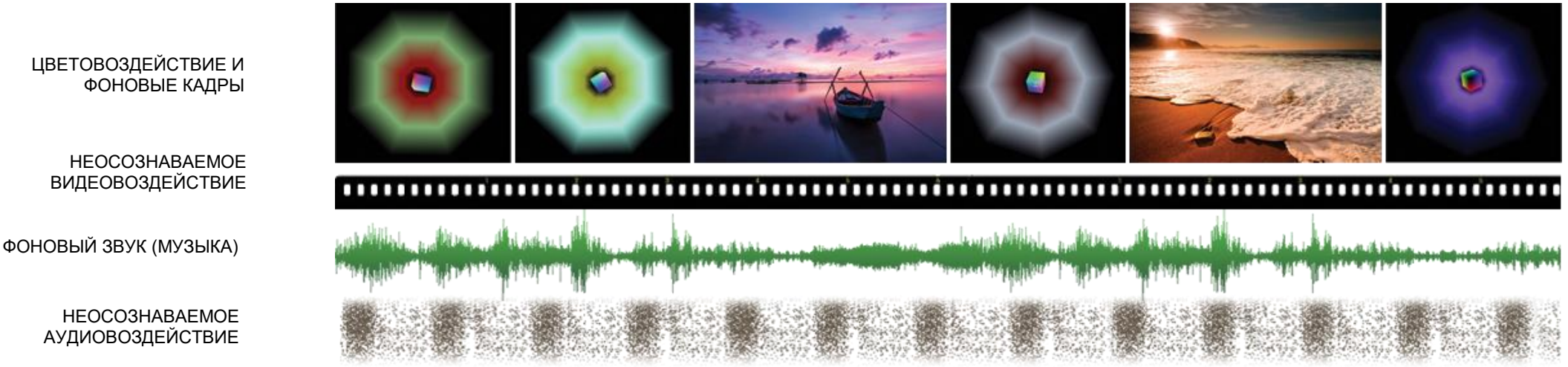


Рис. 5 Структура слоев коррекционной программы

В среднем через 60” от начала воспроизведения (в разных программах временные параметры немного отличаются) в области вращающегося куба начинают появляться «всплывающие» кадры с различными тематическими изображениями. В каждой программе тематические сюжеты «всплывающих» кадров различные, а семантика изображений соответствует целевому назначению программы. При каждом новом воспроизведении одной и той же программы набор изображений «всплывающих» кадров меняется (кадры выбираются самой программой из специально подобранных библиотек). Частота появления кадров 1 кадр в 24”. Продолжительность экспозиции каждого «всплывающего» кадра – 8”. Во временных промежутках между появлением «всплывающих» кадров продолжается реализация вращающегося куба. Воспроизведение «всплывающих» кадров заканчивается за 60” до окончания сеанса.

В завершении сеанса происходит постепенное затихание музыки и снижение яркости цветового графического интерфейса до их полного исчезновения.

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ЭТАПОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРОЦЕССА

В разных источниках и у разных авторов границы периодов репродуктивного процесса трактуются по-разному. Не совпадают начало, окончание, продолжительность периодов, и даже сами названия одних и тех же периодов имеют вариабельность. Это связано и с разными взглядами отдельных исследователей на психофизиологические и биологические процессы, сопровождающие репродуктивные этапы, и с изменениями взглядов, происходящими в разных отраслях медицины с течением времени (так период беременности, который сейчас подразделяется на 3 триместра, ранее имел деление на две половины), и с конкретной областью медицинской специальности, где принята одна, либо другая периодизация (так антенатальный период трактуется и как весь период беременности от зачатия до родов, и как период, начинающийся с 155 дня беременности, и как период, непосредственно предшествующий родам), и с тем, кто является объектом исследования, относительно которого строится периодизация – мать или ребенок (плод).

Поэтому для выстраивания единого понимания (в пределах данного руководства) периодов репродуктивного процесса и их границ мы будем придерживаться критериев, описанных ниже.

Этапы репродуктивного процесса относительно женщины (матери):

O. Прегравидарный период (лат. gravida – беременность) – период подготовки будущих родителей к зачатию, вынашиванию ребенка и родам продолжительностью, как правило, от трех месяцев до года. **Прегравидарный период предполагает** комплекс действий, состоящий из диагностики, профилактики и, при необходимости, лечения.

A. Антенатальный период (лат. ante – до, natalis – относящийся к рождению) — период с момента оплодотворения яйцеклетки до 40 недель. В настоящее время подразделяется на **3 триместра** по 13 недель каждый

B. Перинатальный период (греч peri — вокруг, около; лат natus — рождение) — период **с 22 полной недели** (154-го дня) беременности **по 7-й день** включительно (168 часов) после родов. Подразделяется на три подпериода:

1. **Пренатальный** период (антенатальный) — с 22 полной недели до родов.
2. **Интранатальный** период — во время родов (периоды раскрытия и изгнания плода)
3. **Постнатальный** период — после родов по 7-й день включительно

C. Постнатальный период (послеродовой, пуэрперальный период – от лат. puerpera – роженица**)** — начинающийся после рождения последа (плаценты) и продолжающийся 6—8 недель, в течение которого изменения, возникшие в организме женщины во время беременности и родов, подвергаются инволюции.



Этапы репродуктивного процесса относительно плода (ребенка) – периодизация развития плода и новорожденного:

A. **Антенатальный период** (лат. ante – до, natalis – относящийся к рождению) — период с момента оплодотворения яйцеклетки до 40 недель.
В антенатальном периоде выделяют 3 подпериода:
   1. **Начальный** – от момента оплодотворения до 2 недель (до начла гаструляции)
   2. **Эмбриональный** – от 2 до 12 недель (период дифференцировки тканей)
   3. **Фетальный** (плодный) период, связанный с периодом развития органов плода (13-й недели беременности до родов).

B. **Перинатальный период** (греч peri — вокруг, около; лат natus — рождение) — период **с 22 полной недели** (154-го дня) беременности **по 7-й день** включительно (168 часов) после родов.
Перинатальный период подразделяется на три подпериода:
   1. **Пренатальный** период (антенатальный) — с 22 полной недели до родов.
   2. **Интранатальный** период — во время родов (периоды раскрытия и изгнания плода)
   3. **Постнатальный** период — после родов по 7-й день включительно

C. **Неонатальный период (период новорождённости)** — начинается от момента рождения и заканчивается через 28 полных дней после рождения.
Неонатальный период подразделяется на два подпериода:
   1. **Ранний неонатальный** период (первые 7 дней после рождения)
   2. **Поздний неонатальный** период (8—28 дни внеутробной жизни)



На каждом этапе репродуктивного процесса возникают различные проблемы – физиологической, психологической, социальной природы, которые в той или иной мере нарушают репродуктивные функции. И на каждом этапе специалистам (психотерапевтам, психологам) необходимо установить наличие этих проблем, определить их роль в возможных нарушениях репродуктивных функций, определить психотерапевтические мишени и разработать тактику и стратегию психотерапевтического вмешательства. При этом также необходимо учитывать, что психологические проявления (изменения, нарушения, расстройства) тесно связаны с физиологическими процессами и зависимы от гормонального фона, особенно в организме женщины в период беременности. Ниже мы представим в самых общих чертах описания всех периодов и тех процессов и проблем, которые их сопровождают.

Прегравидарный период (период подготовки будущих родителей к зачатию).

Планирование беременности, прегравидарная подготовка к беременности – процесс, который касается не только женщины, но и мужчины. Это важный этап, от которого зависит здоровье и развитие будущего ребенка. Помимо соблюдения норм и принципов психогигиены и психопрофилактики (ведение здорового образа жизни, избегание конфликтов, спокойная атмосфера в семье, минимизация стрессовых ситуаций) необходима и последовательность определенных действий обоих будущих родителей по обследованию и оздоровлению организма, в том числе и психологического оздоровления.

В 1911 году русский физиолог А.А. Ухтомский ввел в психологию и физиологию понятие «доминанта» и разработал учение о ней, как об устойчивом очаге повышенной возбудимости нервных центров, подавляющем все прочие психические процессы. В шестидесятые годы прошлого века И.А. Аршавский применил принцип доминанты для исследования и объяснения изменений, происходящих в организме женщины в репродуктивном возрасте. Он ввел понятие «гестационная доминанта» как особое состояние целостного организма во время беременности, имеющее все признаки и свойства доминантного состояния. Гестационная доминанта выражается в соответствующей перестройке центральной нервной системы и преобразованиях в организме беременной, обеспечивающих оптимальные условия развития плода ("адаптация к беременности"). В свою очередь гестационная доминанта подразделяется на последовательные этапы – сменяющие друг друга поддоминанты (беременности, родов и вскармливания).

Гестационная доминанта включает в себя физиологический и психологический компоненты. Физиологический компонент отвечает за перестройку в работе различных систем органов. С помощью гестационной доминанты направляются и поддерживаются на соответствующем уровне все физиологические процессы, совершающиеся в организме беременной, в том числе и в процессе родов. Психологический компонент гестационной доминанты отражает степень психологической готовности к материнству. Физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты не просто взаимосвязаны – они являются единым механизмом, обеспечивающим последовательность активации репродуктивных процессов. Исследования показали, что выраженность доминанты беременности растет пропорционально возрасту женщины, достигая своего максимума у тридцатилетних, после чего происходит ее падение.

Оптимальной является ситуация, когда психологический компонент гестационной доминанты сформирован правильно еще до момента зачатия, т.е. в прегравидарный период. Такая сформированность проявляется у женщины доминирующими идеями беременности, т.е. выраженным желанием иметь ребенка и комплексом поведения, которое направлено на реализацию этого желания.

При этом исследования последних лет показывают, что в развитых странах психологическая готовность к материнству у женщин либо слабо выражена, либо трансформирована. Исследования показывают, к сожалению, что только 9-12% матерей планируя своего будущего ребенка, имеют гармоничную природную психологическую готовность к материнству. У большинства матерей, в качестве ведущего мотива фигурируют какие-то другие конструкции – не имеющие прямого отношения к материнству и будущему ребенку. Мотивом могут выступать, например, желание «сплотить семью», «заставить его жениться», «получить дополнительную площадь» или «материнский капитал», «уже такой возраст, что пора» и пр. Даже мотив родить ребенка определенного пола – это замена естественного природного стремления к материнству на прагматические мотивы «взвешивания и расчетов». Такие мотивы могут стать серьезным психологическим препятствием для самой беременности.

Неготовность принятия материнской роли приводят к внутреннему конфликту. В свою очередь подготовка к зачатию и протекание беременности в ситуации внутреннего конфликта, амбивалентного отношения к беременности и будущему ребенку, дискомфортное отношение к собственной материнской позиции, оказывают деструктивное воздействие на психику будущей матери, на внутрисемейные отношения, на протекание беременности и на здоровье будущего ребенка. Отечественные и зарубежные исследователи считают, что несформированность психологической готовности к выполнению материнских функций ведет к искажению нравственных ценностей самой женщины, к формированию таких позиций женщины, как антиматеринство, тогофобия и детофобия. Антагонистические мотивы относительно предстоящей беременности и родов являются одной из основных причин, нередко приводящих к инфертильности.

Ослабление и подавление психологического компонента гестационной доминанты может приводить к длительной инфертильности и неудачам даже при попытках использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), например, ЭКО. А сами процедуры экстракорпорального оплодотворения, являясь неестественными и противоречащими физиологической и психологической природе женщины, неизбежно вызывают у нее внутренние противоречия и повышают уровень фоновой тревожности, что подтверждают научные исследования (Sosa C. И др., 2004, Vendittelli F., и др., 2002), а это, в свою очередь, усугубляет ситуацию бесплодия.

Совершенно очевидным является тот факт, что в норме естественный способ зачатия сопровождается исключительно положительными эмоциями, а предвосхищение возможной беременности от близости с любимым человеком, и, тем более наступившая беременность, формируют у будущей матери положительные прогностические ожидания, состояние радости, покоя, расслабления и уверенности. Но это в норме. При подготовке к ВРТ женщина сталкивается с необходимостью прибегать к ряду процедур, которые вступают в противоречия с физиологией и психологией нормального репродуктивного процесса и в той или иной степени с нравственными принципами. Поэтому прегравидарная психологическая подготовка к беременности, которая планируется с использованием ВРТ, требует от специалистов особого внимания и деликатности.

Вторичные психологические нарушения, вызванные ситуацией инфертильности и необходимостью использования методов ВРТ, зависят от таких факторов, как длительность периода бесплодия, возраст супружеской пары (в большей степени это имеет отношение к женщине), наличие в анамнезе предшествующих неудачных попыток с использованием ВРТ, а также от самого выбранного метода ВРТ, от степени «замещения» естественных этапов зачатия на искусственные (лабораторные). В 2002 г. Van Balen ввел термин «биомедицинское влияние», как негативный фактор, вызывающий у женщины (а, на самом деле у обоих партнеров), чувство зависимости, уязвимости, как свидетельство своей репродуктивной неполноценности и несостоятельности, что может иметь отдаленные негативные последствия для их самовосприятия и самооценки. Ситуация может осложняться и такими психосоциальными факторами, как вопросы этического и религиозного характера, проблемы, связанные с семейными разногласиями (когда один из партнеров не настроен на методы ВРТ, а, тем более, на донорские программы). Эти проблемы могут усугубляться негативным отношением родственников одного из супругов, склонных обвинять другого супруга в репродуктивной несостоятельности. В большей степени это традиционно относится к родственникам мужа, склонных обвинять женщину в неспособности к рождению собственных детей.

Одним из наиболее важных факторов, определяющих неблагоприятное психологическое состояние супружеских пар, столкнувшихся с необходимостью использования методов ВРТ, является возраст. Именно возрастная самооценка, негативная прогностическая оценка будущего со «стремительно уходящей молодостью», переживание «упущенного времени», являются источниками стресса и формируют «чувство неотложности». К особой группе психологических состояний относятся ситуации, когда прибегают к методам ВРТ с использованием донорской спермы или эмбрионов. Диапазон переживаний будущих родителей в данном случае расширяется – он касается и опасений по поводу «качества» донорского материала, и сомнений о внешней непохожести (физического сходства) будущего ребенка и родителей, и сомнений о психологической совместимости, и проблемы, связанные с принятием будущего ребенка и т.д., не говоря уже об обычных тревогах, связанных с применением методов ВРТ, касающихся приживаемости и вынашивания плода. У этих пар ситуация осложняется еще и тем, что подобное решение, как правило, принимается после неудачных попыток ЭКО с использованием собственных гамет.

Здесь необходимо уточнить, что не все процедуры, повышающие вероятность зачатия, относятся к методам ВРТ. Согласно современному законодательству Российской Федерации (Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. N 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»), ВРТ представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства)

Репродуктивные технологии включают следующие методы:

Внутриматочная инсеминация (ВМИ). Метод применяется в тех случаях, когда существуют органические проблемы, такие как рубцовые изменения, сгущение слизи в половых путях женщины, либо наличие антител к сперматозоидам. в прохождении семени по природным. Это к тому, что сперматозоиды самостоятельно не могут преодолеть шейку матки. При искусственной инсеминации подготовленную сперму мужа или донора вводят при помощи катетера минуя цервикальный канал непосредственно в матку. Это является эффективным способом лечения бесплодия при данных нарушениях.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Метод позволяет осуществить оплодотворение яйцеклетки вне организма женщины, то есть в искусственных условиях. Яйцеклетку извлекают из организма женщины, искусственно оплодотворяют «в пробирке» (in vitro). Это метод является наиболее эффективным для преодоления бесплодия. На предварительном этапе ЭКО женщине проводят гормональную стимуляцию, чтобы добиться созревания нескольких яйцеклеток. Для этого используют инъекции препаратов фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), хорионического гонадотропина (ХГ) и др. Затем в определенный день проводят пункцию фолликулов и яйцеклетки забирают из яичников, после чего переходят к следующему этапу процедуры искусственного оплодотворения – инъекция спермиев в цитоплазму ооцитов (ИКСИ). Процедура выполняется в эмбриологической лаборатории. Эмбриолог отбирает спермий и вводит

его в цитоплазму яйцеклетки при помощи специального микроинструментария. Это гарантирует оплодотворение ооцита на 90%. Используется ИКСИ довольно часто: при небольшом количестве яйцеклеток у женщины, мужском факторе бесплодия и во многих других случаях. После этапа искусственного оплодотворения полученные эмбрионы помещают в питательную среду. На этапе развития 3-6 дней один или два эмбриона переносят в матку. Предварительно проводится преимплантационная генетическая диагностика (ПГД). Методика позволяет оценить качество полученных эмбрионов. Основная цель – выбор лучшего эмбриона для переноса в матку. У эмбрионов берут одну клетку для генетического исследования. В случае обнаружения в ДНК мутаций или генетических заболеваний эмбрион отбраковывается. Таким образом ПГД позволяет устранить риски и обеспечивает выбор полноценного эмбриона.

Витрификация (криоконсервация) эмбрионов. В процессе процедуры ЭКО в большинстве случаев в матку переносится только один или два эмбриона. Остальные замораживаются для последующего использования. Эта процедура тоже относится к репродуктивным технологиям. Она применяется и для хранения донорского биоматериала.

При применении ВРТ возможно также использование донорских образцов спермы или ооцитов и суррогатное материнство, которое нередко протекает с параллельным применением ЭКО.

Но при любых вариантах ВРТ на состояние и поведение пар будущих родителей, обязательно влияют такие факторы анамнеза, как период бесплодия, какое время длился период попыток достижения естественной беременности, сколько длился период с применением методов ВРТ и сколько было попыток ЭКО. А также имели ли место предшествующие беременности, предшествующие роды, дискомфорт и наличие осложнений во время предшествующих беременностей. И при любых вариантах ВРТ в психологическом состоянии будущих родителей отмечается амбивалентность переживаний в той или иной степени выраженности – с одной стороны, опасения, страхи, сомнения, напряжённое ожидание, а, с другой стороны, радость надежды, предвкушение положительного результата, и частичное расслабление (снижение тревоги) связанное с тем, что часть проблем «берут на себя» медицинские специалисты.

Таким образом, прегравидарная подготовка к беременности с использованием методов ВРТ, требует от специалиста (психолога или психотерапевта) особого внимания и тщательной оценки всех сторон проблемной ситуации для выявления основных мишеней психотерапевтического вмешательства и составления адекватного плана психологического сопровождения. Причем в данном случае в психологическом сопровождении еще в большей степени, чем при естественном способе зачатия, нуждаются оба будущих родителя.

Антенатальный период (период беременности)

При естественном способе зачатия период беременности начинается с момента оплодотворения яйцеклетки. При прибегании к методам искусственного оплодотворения (in vitro) период беременности начинается с момента подсадки жизнеспособного эмбриона в матку женщины (при условии последовавшей удачной имплантации эмбриона). При этом психологическое состояние женщин в первые дни и даже недели беременности при естественном и искусственном способах зачатия радикально отличаются. Если в первом случае женщина ничего не ощущает на данном этапе, т. к. процесс оплодотворения яйцеклетки и ее имплантация никак себя не проявляют, то во втором случае неизбежны состояния тревог и опасений в той или иной степени выраженности. Для пар с длительным периодом инфертильности, планирование беременности с применением ВРТ считается психологически стрессовым моментом. Существуют исследования, доказывающие, что симптомы этого стресса аналогичны симптомам, связанным с другими серьезными заболеваниями, такими как рак. Также есть исследования, которые доказывают, что, даже после успешного лечения бесплодия, беременность, наступившая в результате применения метода ВРТ, не приносит ожидаемого расслабления. Эти исследования указывают на наличие неудовлетворенных психосоциальных ожиданий. Предшествующий опыт бесплодия и необходимость прибегания к методам ВРТ, даже в случае положительного результата, может оказывать неблагоприятное воздействие на уверенность в себе и чувство собственного достоинства. Так в проведенных исследованиях выявлено, что у многих пар формируется чувство вины (как правило, определяемое не напрямую, а по косвенным признакам и высказываниям), которое сохраняется и после наступления беременности. Особенно это характерно для женщин, даже в тех случаях, когда причина бесплодия обнаруживается у мужчины. При этом у мужчин бесплодие вызывает, как правило, изменения в самовосприятии мужественности, сексуальности и в интегральной самооценке.

По результатам исследований многих авторов, даже тогда, когда образ жизни женщины, беременность у которых наступила в результате ВРТ, проявляется как схожий с женщинами, зачавшими естественным образом, они испытывают большое беспокойство, связанное с беременностью, которое отличается многообразием различных негативных проявлений психологического состояния. Несмотря на положительный результат женщины и их партнеры склонны к повышенной тревоге и депрессии. Это особенно заметно у тех пар, у которых беременность женщины наступила после неудачных предшествующих попыток использования ВРТ. Ранний срок беременности такими парами описывается, как правило, как очень тревожное время, и чувство тревоги ослабевает (но не уходит полностью) только после ультразвукового исследования, подтверждающего факт беременности.

Начиная с момента возникновения беременности, в центральной нервной системе матери начинает поступать возрастающий поток импульсации, что вызывает появление очага повышенной возбудимости, который обеспечивает у беременной преобладание интересов, непосредственно связанных с рождением и здоровьем будущего ребенка. Одновременно гестационная доминанта вызывает торможение нервных процессов, которые не связаны с беременностью, что клинически проявляется в некотором заторможенном состоянии беременной. Все эти процессы являются необходимыми адаптивными перестройками, призванными сформировать и поддерживать оптимальное протекание беременности и состояние плода. Снижение готовности к материнству подавляет психологический компонент гестационной доминанты, а, как следствие, и физиологический, что неизбежно приводит к нежелательным последствиям как в процессе протекания беременности и родов, так и в состоянии плода и матери. По некоторым данным у 10% беременных выявляется тревожный и депрессивный тип отношения к беременности (Кондаурова О.А., 2015), что самым неблагоприятным образом отражается как на протекании самой беременности и родов, так и на дальнейшем взаимодействии с ребенком.

При общем фоновом неблагополучии, при действии сильных патогенных агентов (эмоциональные переживания, межличностные конфликты, ситуации, вызывающие повышенную тревогу), в центральной нервной системе беременной наряду с гестационной доминантой могут возникать и другие очаги стойких возбуждений, антагонистичных, конкурентных, по отношению к первой. Возникновение этой, патологической по отношению к гестационной, доминанты приводит к торможению последней, к ее ослаблению и подавлению. Возникает дезадаптация материнского организма к беременности, что нередко приводит к патологическому течению и беременности и родов.

При искусственном оплодотворении подавление гестационной доминанты в начале беременности ведет к нарушению имплантации зародыша и гибели его на начальных этапах развития. Подавление гестационной доминанты в период органогенеза приводит к нарушению формирования плаценты, нарушениям развития эмбриона и формирования его органов и даже к его гибели, а также к рождению нежизнеспособного и незрелого потомства. Многие исследования (Rondó P., 2003, Martini J., 2010 и др.) доказывают, что наличие тревожных расстройств в период беременности приводит к значительному повышению риска задержки внутриутробного развития.

Если у женщины не сформирована доминанта родов, или, более того, под воздействием деструктивной информации от «знающих подруг» и от других «авторитетных» источников об «ужасах» этого процесса, у нее формируется тревожное ожидание (вместо радостного предвкушения) и, соответственно, негативное отношение к процедуре родов. В этом случае во время родов с большой долей вероятности можно ожидать развитие вторичной слабости родовых сил, что в результате приводит к необходимости заканчивать беременность операцией Кесарево сечение. Токофобия (боязнь родов) может достигать такой интенсивности, что женщина от одной мысли о родах испытывает состояние ужаса и по этой причине старается избежать самой беременности (Hofberg K., Brockington I., 2000).

При беременности у женщин встречаются различные психические нарушения – по мнению ряда авторов, в 29–80 % от общего количества беременных (Костенко И.В., 2013). Психоэмоциональные нарушения иногда приводят к развитию депрессивных и тревожных расстройств. Последние могут впервые проявиться во время беременности, при этом происходит изменение течения уже имеющихся нарушений. Так депрессивные расстройства в первой половине беременности встречаются у 10 – 25% женщин, а частота встречаемости этого расстройства во второй половине беременности по некоторым данным превышает 1/3 женщин.

Проявлением дезадаптации к беременности является, в частности, токсикоз беременных. Ранний токсикоз имеет большую связь с психоэмоциональным состоянием женщины, и в большей степени поддается коррекции с использованием психотерапевтического вмешательства. Гестоз, или поздний токсикоз беременных, диагностируется после 20 недель беременности, но чаще в 25-28 недель, хотя признаки данного осложнения могут возникнуть и за несколько дней до родов. Гестоз характеризуется дисфункцией жизненно важных органов и высоким процентом перинатальной смертности и мертворождаемости в связи с расстройством обмена веществ в организмах матери и плода. Поздний гестоз диагностируют примерно у 10-15% всех беременных женщин. Пари этом о связи гестоза с психоэмоциональным состоянием говорят исследования беременных женщин, в которых различная степень гестоза коррелирует с различными типами акцентуаций характера. У беременных с легким гестозом преобладает экзальтированно-эмотивный тип характера, а у женщин со средней степенью гестоза – гепертимный. Кроме того, у беременных со средней степенью тяжести гестоза наблюдается тенденция к снижению реактивной тревожности, уровней депрессии и невротизации, что на фоне преобладания гипертимных черт в характере может рассматриваться как психическая истощаемость.

Пуэрперальный период (послеродовой период).

Психологические особенности послеродового периода складываются в соответствии развитием системы «мать-дитя» под воздействием последовательно сменяющих друг друга гестационной, родовой и лактационной доминант. В постнатальном периоде происходит преимущественное возбуждение в коре головного мозга родильницы, связанное с пробуждением инстинкта материнства, что нередко сопровождается лабильностью психики.

Наиболее существенные изменения в послеродовом периоде происходят в эндокринной системе: резко снижается уровень плацентарных гормонов, восстанавливается функция гипоталамо-гипофизарной системы, повышается уровень гормонов, необходимых для начала лактации (эстрогены, прогестерон и пролактин, окситоцин). Если женщина в этом периоде сознательно отказывается от грудного вскармливания и говорит, что не будет кормить ребенка грудью, или, что

бывает чаще, подсознательно старается этого избежать («потому что от этого портится грудь» или по другим причинам), у нее подавляется доминанта вскармливания. Следствием этого и одновременно «оправданием» для матери становится тот факт, что «ребенок не берет грудь».

В психологии вылепляется так называемый гипогестогнозический тип женщины, который характеризуется недооценкой важности ситуации, связанной с рождением ребенка. Эти женщины не склонны менять жизненный стереотип. После родов у них часто отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери «очень заняты». Сложность психотерапевтического сопровождения данного типа женщин (а их количество в последние годы неуклонно растет) заключается не только и не столько в том, что их эгоистические стереотипы трудно поддаются коррекции, столько в том, что они не считают свое поведение аномальным, не видят в этом проблему и не склонны обращаться к специалистам.

Частым осложнением в постнатальном периоде является развитие депрессии, которое связано как с быстрым изменением концентраций половых стероидов сразу после родов, так и с психосоциальными факторами: переутомлением в результате резкой перестройкой жизненного стереотипа, хроническим недосыпанием, проблемами со здоровьем у младенца и пр. Сам факт рождения ребенка является этапом комплексного пересмотра жизненных перспектив. Поэтому особую роль в развитии послеродовой дезадаптации играют такие социальные факторы, как отсутствие должной поддержки со стороны близких, финансовые трудности, внутрисемейные конфликты. Наличие негативных эмоциональных переживаний отягощают процесс адаптации в послеродовом периоде. По данным некоторых исследователей, на фоне негативных эмоциональных состояний и низкого качества жизни значительная доля здоровых матерей не могут выработать адекватного отношения к ребенку.

Но даже при относительно гармоничных взаимоотношениях в семье факт рождения ребенка привносит значительные коррективы в уже сложившийся до родов стереотип внутрисемейных взаимодействий. Во-первых, появляется новая система отношений – «мама – малыш», которая вносит свои, при этом значительные, изменения в систему отношения «жена – муж». Чаще всего муж отодвигается на второе место в жизни женщины, что не проходит бесследно для обоих. Если в семье родился второй ребенок, то радикальным образом меняется система отношений «мама – первый ребенок», или «родители – первый ребенок». Даже в случае разумного распределения родителями любви между обоими детьми, для первого ребенка данная ситуация будет трактоваться, как «меня обделили на 50%». Аналогичным образом в той или иной степени происходят нарушения микросоциальной системы при любом семейном составе, что может приводить к различной степени психологической дезадаптации.

Также в постнатальном периоде необходима активация психологических ресурсов с целью более быстрого физиологического восстановления после родов и профилактики астенизирующих и демотивирующих проявлений, нарушающих гармоничное взаимодействие с ребенком. Поддержание оптимального психофизиологического состояния является необходимым условием формирования позитивного опыта исполнения родительской роли.

То есть на каждом этапе репродуктивного процесса возможно возникновение разных проблем, связанных с самыми различными причинами, начиная от чисто биологических и заканчивая социальными, которые могут привести к различным осложнениям и к нежелательным результатам. Решение этих проблем (что бы не являлось их причиной) в обязательном порядке требуют психотерапевтического вмешательства, т.к. даже незначительные нарушения могут вызвать выраженные психоэмоциональные реакции, которые, в свою очередь, станут вторичными патогенными факторами.

ОПИСАНИЕ КОРРЕКЦИОННЫХ ЭТАПОВ

Основной интегральной целью коррекционного воздействия программ на всех этапах репродуктивного процесса является нормализация психофизиологического состояния обоих партнеров и укрепление семейно-сексуальных отношений.

При разработке Комплекса «НАТАЛИС» для удобства психологического сопровождения с использованием коррекционных программ мы придерживались условного подразделения всего репродуктивного процесса на следующие этапы:

1. **Прегравидарный период – период подготовки будущих родителей к зачатию.**
   Продолжительность периода 3-6 месяцев до планируемого зачатия.
   Коррекционные программы, применяемые в этом периоде в Комплексе «НАТАЛИС», подразделяются на две категории**:**
   - для готовящихся к физиологической беременности
   - для готовящихся к беременности с применением ВРТ
2. **Антенатальный период – период беременности**
   Продолжительность периода с момента оплодотворения яйцеклетки до родов.
   Коррекционные программы в этом периоде также подразделяются на две категории**:**
   - для женщин в первой половине беременности (от зачатия до 20-й недели включительно)
   - для женщин во второй половине беременности (от 21-й недели до момента родов)
3. **Постнатальный период – послеродовой, пуэрперальный период**
   Продолжительность периода с момента рождения ребенка до 2-3 месяцев.

В соответствии с этой периодизацией в Комплекс «НАТАЛИС» включено 8 аудиовизуальных коррекционных программ с продолжительностью сеансов по 12 минут каждая. При этом на этапе подготовки к беременности (прегравидарный период) и в постнатальном (послеродовом) периоде коррекционные программы предусмотрены для обоих партнёров репродуктивного процесса (мужчины и женщины). Это обусловлено большой степенью зависимости успешной реализации репродуктивного цикла на этих этапах от обоих участников репродуктивного процесса. Ниже приведен перечень коррекционных программ:

I. Прегравидарный период (подготовки к физиологической беременности)

1. **Программа** для женщин
2. **Программа** для мужчин

II. Прегравидарный период (подготовки к беременности с применением ВРТ)

3. **Программа** для женщин
4. **Программа** для мужчин

III. Антенатальный период

5. **Программа** для женщин (в 1-й половине беременности)
6. **Программа** для женщин (во 2-й половине беременности)

IV. Постнатальный период (пуэрперальный период)

7. **Программа** для женщин
8. **Программа** для мужчин

См. схему на следующей странице.

Схематическое представление этапов репродуктивного процесса и соответствующих этим этапам коррекционных программ



ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ИНСТРУКЦИИ К ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫМ ПРОГРАММАМ

ПРОГРАММА № 1.
ПРЕГРАВИДАРНЫЙ ЭТАП. Подготовка к физиологической беременности (Программа для женщин)

Действие Программы № 1 направлено на:

- Укрепление семейно-сексуальных отношений,
- Усиление мотива материнства,
- Формирование психологического компонента гестационной доминанты,
- Редукцию тревожных опасений, связанных с предстоящей беременностью,
- Снижение уровня тревоги и психологической напряженности,
- Десенсибилизацию негативных переживаний,
- Повышение стрессоустойчивости,
- Нормализацию сна.

Показания к применению программы:

Прямым показанием к проведению курса психокоррекции с использованием Программы № 1 является женское бесплодие, не обусловленное органическими причинами (такими, как отсутствие овуляции, бесплодие трубного, маточного или цервикального происхождения) и не связанное с мужским фактором. Чаще всего такая форма бесплодия обусловлена психологическими причинами, связанными либо с внешними стрессогенными факторами, либо с наличием внутренних деструктивных психологических образований (неуверенность в себе, повышенная тревожность, негативная прогностическая оценка будущего и пр.). Механизм психологического «блокирования» репродуктивной функции универсален для всех высших животных и реализуется на всех функциональных уровнях организма (эмоциональном, поведенческом, физиологическом, гормональном). Учитывая, что психологические причины не могут затрагивать только одного участника репродуктивного процесса, понятие «женское бесплодие» в данном случае используется весьма условно.

Официально диагноз бесплодие ставится в случае, если беременность не наступает после 12 месяцев регулярной половой жизни (без использования средств предохранения от беременности). Но для использования данной программы нет необходимости в ожидании «официальных» сроков. Гораздо более эффективно психотерапевтическое вмешательство на более ранних периодах, когда мысль о собственной «репродуктивной несостоятельности» еще не приобрела уровень сверхценного образования. Например, наличие периода инфертильности на протяжении 4-5 месяцев регулярной половой жизни при обоюдном желании иметь ребенка является достаточным показанием для психотерапевтического вмешательства.

Психотерапевтическое вмешательство с использованием психокоррекционной Программы № 1 тем более показано, если женщине уже проводится курс терапии, направленный на лечение бесплодия, например, курс гормональной коррекции, т.к. состояние гормонального фона напрямую зависит от психологического состояния. Воздействие коррекционной программы, направленное на устранение негативных психологических состояний и на усиление психологического компонента гестационной доминанты, будет повышать приоритет идей и побуждений, связанных с предстоящей беременностью, и формировать положительный образ прогностического будущего, повышая вероятность благоприятного результата (зачатия).

Дополнительными показаниями к применению психокоррекционной Программы № 1 (для женщин) при планировании беременности, даже без наличия периода инфертильности, являются**:**

- Повышенная тревожность и напряженность,
- Склонность к фобическим расстройствам,
- Низкая фрустрационная толерантность (раздражительность, возбудимость),
- Пониженный фон настроения, или неустойчивое настроение,
- Состояния после пережитых психотравмирующих ситуаций,
- Пребывание в ситуации хронического стресса или в ситуации с высокой психоэмоциональной нагрузкой,
- Повышенная мнительность и озабоченность по разным поводам,
- Диссомнические расстройства (плохое засыпание, частые пробуждения, неполноценный сон).

Противопоказаниями для использования психокоррекционных программ являются**:**

- Органические заболевания ЦНС с выраженными когнитивными нарушениями,
- Выраженные психические нарушения (с наличием продуктивной симптоматики),
- Идиопатическая эпилепсия и эпилептический синдром, сопровождающиеся эпилептическими припадками,
- Соматические заболевания – острые, а также хронические в фазе обострения.

Что касается последнего противопоказания, и, если соматическое заболевание носит относительно кратковременный характер (например, простудное заболевание) и возникло в период уже проводимого курса психокоррекции, то в этом случае возможно 2 варианта. Либо прервать курс психокоррекции и продолжить его после выздоровления, либо после выздоровления начать курс психокоррекции с начала.

Дополнительные рекомендации

Ситуации, связанные со стрессогенными воздействиями, затрагивают, естественно, обоих участников репродуктивного процесса (женщину и мужчину), тем более, если они являются супружеской парой, и сама инфертильность в данном случае становится дополнительным психогенным фактором для обоих участников репродуктивного процесса. В связи с этим рекомендуется проводить психотерапевтическое вмешательство с проведением курса психокоррекции одновременно для обоих участников репродуктивного процесса (Программы № 1 – для женщин и Программы № 2 – для мужчин).

Рекомендуемая продолжительность курса психокоррекции с использованием Программы № 1 должна составлять не менее 9 коррекционных сеансов. Рекомендуемая оптимальная продолжительность курса психокоррекции – 12 - 15 коррекционных сеансов. Максимальная продолжительность курса в некоторых случаях может быть неограниченно увеличена, в зависимости от динамики психологического состояния и организационно-временных условий.

Рекомендуемый режим проведения сеансов психокоррекции либо ежедневный, либо через день.

В процессе проведения сеанса психокоррекции пациентам не обязательно смотреть на экран – они могут сидеть (лежать) с закрытыми глазами и даже спать. Эффективность коррекционного воздействия при восприятии только аудиальной информации остается вполне достаточной.

Если Комплекс «НАТАЛИС» приобретается частными лицами в домашних условиях, то в качестве оптимального времени суток для проведения сеансов психокоррекции, мы рекомендуем утреннее время, непосредственно после завтрака, послеобеденное время, либо вечернее время, желательно непосредственно перед сном.

Программа не несет в себе никакого воздействия, способного навредить как пациентам, которым она адресована, так и окружающим. Поэтому супружеские пары, которые приобрели Комплекс «НАТАЛИС» для личного использования, могут проводить совместные сеансы, например, сначала сеанс Программой № 1 (программа для женщин), а потом сеанс Программой № 2 (программа для мужчин).

ПРОГРАММА № 2.

ПРЕГРАВИДАРНЫЙ ЭТАП. Подготовка к физиологической беременности (Программа для мужчин)

Действие Программы № 2 направлено на:

- Укрепление семейно-сексуальных отношений,
- Повышение уверенности в себе (ассертивный эффект),
- Повышение уровня самооценки,
- Усиление качеств самодостаточности и самоэффективности,
- Снижение уровня тревоги и психологической напряженности,
- Повышение стрессоустойчивости,
- Нормализацию сна.

Показания к применению программы:

Прямым показанием к проведению курса психокоррекции с использованием Программы № 2 является бесплодие, не обусловленное наличием органических заболеваний или нарушений у участников репродуктивного процесса. Причиной бесплодия, как было описано выше, могут выступать психологические факторы, которые, как правило, затрагивают обоих участников репродуктивного процесса, тем более, если они являются супружеской парой, и сама инфертильность в данном случае становится дополнительным стрессогенным фактором. Длительный период инфертильности может вызывать у мужчин (независимо от причин бесплодия) вторичные невротические изменения, которые, как правило, проявляются в форме снижения самооценки, неуверенности в собственной вирильности, чувстве демускулинизации и в той или иной степени подавлении сексуальных функций, формируя таким образом своеобразный прочный круг.

Официально диагноз бесплодие ставится в случае, если беременность не наступает после 12 месяцев регулярной половой жизни (без использования средств предохранения от беременности). Но для предупреждения развития вторичных невротических проявлений, описанных выше, значительно эффективнее проведение психотерапевтического вмешательства на более ранних периодах. Период инфертильности протяжённостью 4-5 месяцев при регулярной половой жизни при обоюдном желании иметь ребенка является достаточным показанием для начала психотерапевтического вмешательства.

Дополнительными показаниями к применению психокоррекционной Программы № 2 (для мужчин) при планировании беременности, даже без наличия периода инфертильности, являются**:**

- Повышенная тревожность и напряженность,
- Неуверенность в себе, низкая самооценка,
- Склонность к фобическим расстройствам,
- Низкая фрустрационная толерантность (раздражительность, возбудимость),
- Пониженный фон настроения, или неустойчивое настроение,
- Состояния после пережитых психотравмирующих ситуаций,
- Пребывание в ситуации хронического стресса или в ситуации с высокой психоэмоциональной нагрузкой,
- Повышенная мнительность и озабоченность по разным поводам,
- Частые волнения, опасения и страхи по поводу предстоящих событий или ситуаций принятия решений,
- Диссомнические расстройства (плохое засыпание, частые пробуждения, неполноценный сон).

Противопоказания:

- Органические заболевания ЦНС с выраженными когнитивными нарушениями,
- Выраженные психические нарушения (с наличием продуктивной симптоматики),
- Идиопатическая эпилепсия и эпилептический синдром, сопровождающиеся эпилептическими припадками,
- Соматические заболевания – острые, а также хронические в фазе обострения.

Что касается последнего противопоказания, и, если соматическое заболевание носит относительно кратковременный характер (например, простудное заболевание) и возникло в период уже проводимого курса психокоррекции, то в этом случае возможно 2 варианта. Либо прервать курс психокоррекции и продолжить его после выздоровления, либо после выздоровления начать курс психокоррекции с начала.

Дополнительные рекомендации

Ситуации, связанные со стрессогенными воздействиями, затрагивают, естественно, обоих участников репродуктивного процесса (женщину и мужчину), тем более, если они являются супружеской парой, и сама инфертильность в данном случае становится дополнительным психогенным фактором для обоих участников репродуктивного процесса. Тем более, что в большинстве случаев мужские проблемы, вызывающие бесплодие, женщина склонна переживать в той или иной степени как собственную несостоятельность, и даже в официальной медицине этот вариант трактуется как «женское бесплодие, связанное с мужскими факторами» (код по МКБ 10 N97.4). Таким образом, возможны разные сочетания вариантов бесплодия, не обусловленного наличием органических заболеваний: бесплодие, связанное с психофизиологическими проблемами женщины, бесплодие, связанное с мужскими факторами, бесплодие, связанное одновременно и с состоянием женщины, и с мужскими проблемами, требуют психотерапевтического вмешательства для обоих участников репродуктивного процесса (Программы № 1 – для женщин и Программы № 2 – для мужчин).

Рекомендуемая продолжительность курса психокоррекции с использованием Программы № 2 должна составлять не менее 9 коррекционных сеансов. Рекомендуемая оптимальная продолжительность курса психокоррекции – 12 - 15 коррекционных сеансов. Максимальная продолжительность курса в некоторых случаях может быть неограниченно увеличена, в зависимости от динамики психологического состояния и организационно-временных условий.

Рекомендуемый режим проведения сеансов психокоррекции либо ежедневный, либо через день.

В процессе проведения сеанса психокоррекции пациентам не обязательно смотреть на экран – они могут сидеть (лежать) с закрытыми глазами и даже спать. Эффективность коррекционного воздействия при восприятии только аудиальной информации остается вполне достаточной.

Если Комплекс «НАТАЛИС» приобретается частными лицами в домашних условиях, то в качестве оптимального времени суток для проведения сеансов психокоррекции, мы рекомендуем утреннее время, непосредственно после завтрака, послеобеденное время, либо вечернее время, желательно непосредственно перед сном.

Программа не несет в себе никакого воздействия, способного навредить как пациентам, которым она адресована, так и окружающим. Поэтому супружеские пары, которые приобрели Комплекс «НАТАЛИС» для личного использования, могут проводить совместные сеансы, например, сначала сеанс Программой № 1 (программа для женщин), а потом сеанс Программой № 2 (программа для мужчин)

ПРОГРАММА № 3.

ПРЕГРАВИДАРНЫЙ ЭТАП. Подготовка к беременности с применением ВРТ (Программа для женщин)

Действие Программы № 3 направлено на:

- Укрепление семейно-сексуальных отношений,
- Редукцию тревожных опасений, связанных с предстоящей беременностью (в том числе со всеми процедурами, связанными с применением методов ВРТ),
- Усиление мотива материнства,
- Формирование психологического компонента гестационной доминанты,
- Снижение уровня тревоги и психологической напряженности,
- Десенсибилизацию негативных переживаний, связанных с необходимость прибегания к методам ВРТ,
- Повышение стрессоустойчивости,
- Нормализацию сна.

Показания к применению программы:

Прямым показанием к проведению курса психокоррекции с использованием Программы № 3 является женское бесплодие, в связи с которым назначены и проводятся процедуры ВРТ, направленные на достижение беременности. От психологического состояния женщины зависит успешность процедур ВРТ на всех этапах, и особенно на этапе от процедуры инсеминаци при проведении ВМИ, либо от процедуры переноса эмбриона в матку при проведении ЭКО, до момента подтверждения беременности.

Психотерапевтическое вмешательство с использованием психокоррекционной Программы № 3 тем более показано, если женщине уже проводится курс предварительной терапии, например, курс гормональной коррекции (направленной на стимуляцию яичников, стимуляцию роста фолликулов и овуляции), т.к. состояние гормонального фона напрямую зависит от психологического состояния. Состояние хронического стресса, развившееся в период инфертильности, тревожное ожидание, связанное с предстоящими процедурами ВРТ, неуверенность в успешном результате, тем более, если это не первая попытка, формируют повышенный фон гормонов стресса, антагонистичных гормонам репродуктивного спектра. Воздействие коррекционной программы, направленное на устранение негативных психологических состояний и на усиление психологического компонента гестационной доминанты, будет повышать приоритет идей и побуждений, связанных с предстоящей беременностью, и формировать положительный образ прогностического будущего, повышая вероятность благоприятного результата проводимых процедур ВРТ.

Дополнительными показаниями к применению психокоррекционной Программы № 3 (для женщин) являются:

- Повышенная тревожность и напряженность,
- Пониженный фон настроения, или неустойчивое настроение,
- Состояния после пережитых психотравмирующих ситуаций,
- Пребывание в ситуации хронического стресса или в ситуации с высокой психоэмоциональной нагрузкой,
- Повышенная мнительность и озабоченность по разным поводам,
- Частые волнения, опасения и страхи по поводу предстоящих событий,
- Диссомнические расстройства (плохое засыпание, частые пробуждения, неполноценный сон).

Противопоказания:

- Органические заболевания ЦНС с выраженными когнитивными нарушениями,
- Выраженные психические нарушения (с наличием продуктивной симптоматики),
- Идиопатическая эпилепсия и эпилептический синдром, сопровождающиеся эпилептическими припадками,
- Соматические заболевания – острые, а также хронические в фазе обострения.

Что касается последнего противопоказания, и, если соматическое заболевание носит относительно кратковременный характер (например, простудное заболевание) и возникло в период уже проводимого курса психокоррекции, то в этом случае возможно 2 варианта. Либо прервать курс психокоррекции и продолжить его после выздоровления, либо после выздоровления начать курс психокоррекции с начала.

Дополнительные рекомендации

Ситуации, связанные со стрессогенными воздействиями, затрагивают, естественно, и женщину, и мужчину, тем более, если они являются супружеской парой, и сама инфертильность в данном случае становится дополнительным психогенным фактором для обоих участников репродуктивного процесса. При тесном психоэмоциональном взаимодействии состояние партнеров взаимоотражается и усиливается, часто усугубляя уже имеющиеся проблемы. Поэтому психотерапевтическое вмешательство целесообразно проводить для обоих участников репродуктивного процесса (Программы № 3 – для женщин и Программы № 4 – для мужчин).

Рекомендуемое начало психотерапевтического вмешательства с использованием курса психокоррекции – не позже, чем за 2-3 недели до процедуры инсеминации при проведении ВМИ, либо до переноса эмбриона в матку при проведении ЭКО.

Рекомендуемая продолжительность курса психокоррекции с использованием Программы № 3 должна составлять не менее 9 – 12 коррекционных сеансов, а максимальная продолжительность – 15 – 20 коррекционных сеансов. При этом необходимо учитывать, что завершать курс психокоррекции рекомендуется не раньше момента подтверждения беременности, т.к. период от имплантации и до момента, пока не подтвержден факт беременности, является наиболее напряженным для женщины (тревога ожидания), и психологическое состояние в этот период может радикально повлиять на конечный результат.

В случае неудачного результата ВРТ (неподтвержденная беременность) психокоррекционная Программы № 3 может быть использована повторно при последующей (последующих) попытках. Регламент повторных использований программы аналогичен описанному.

В процессе проведения сеанса психокоррекции пациентам не обязательно смотреть на экран – они могут сидеть (лежать) с закрытыми глазами и даже спать. Эффективность коррекционного воздействия при восприятии только аудиальной информации остается вполне достаточной.

Рекомендуемый режим проведения сеансов психокоррекции либо ежедневный, либо через день.

Если Комплекс «НАТАЛИС» приобретается частными лицами в домашних условиях, то в качестве оптимального времени суток для проведения сеансов психокоррекции, мы рекомендуем утреннее время, непосредственно после завтрака, послеобеденное время, либо вечернее время, желательно непосредственно перед сном.

Программа не несет в себе никакого воздействия, способного навредить как пациентам, которым она адресована, так и окружающим. Поэтому супружеские пары, которые приобрели Комплекс «НАТАЛИС» для личного использования, могут проводить совместные сеансы, например, сначала сеанс Программой № 3 (программа для женщин), а потом сеанс Программой № 4 (программа для мужчин).

ПРОГРАММА № 4.

ПРЕГРАВИДАРНЫЙ ЭТАП. Подготовка к беременности с применением ВРТ (Программа для мужчин)

Действие Программы № 1 направлено на:

- Укрепление семейно-сексуальных отношений,
- Повышение уверенности в себе (ассертивный эффект),
- Повышение уровня самооценки,
- Усиление качеств самодостаточности и самоэффективности,
- Снижение уровня тревоги и психологической напряженности,
- Повышение стрессоустойчивости,
- Нормализацию сна.

Показания к применению программы:

Прямым показанием к проведению курса психокоррекции с использованием Программы № 4 является бесплодие жены (партнерши), в связи с которым ей назначены и проводятся процедуры ВРТ, направленные на достижение беременности. Участники репродуктивного процесса (мужчина и женщина) в данном случае выступает как единая био-психо-социальная структура, и от психологического состояния каждого из партнеров зависит успешность процедур ВРТ. Предшествующий опыт бесплодия пары, сам факт необходимость прибегания к вспомогательным методам, оказывают неблагоприятное воздействие на уверенность в себе и чувство собственного достоинства. У мужчины может сфорoваться чувство вины (даже, если не он является причиной бесплодия), которое, как правило, вызывает изменения в самовосприятии мужественности, сексуальности и в интегральной самооценке.

Дополнительными показаниями к применению психокоррекционной Программы № 4 (для мужчин) являются**:**

- Повышенная тревожность и напряженность,
- Неуверенность в себе, низкая самооценка,
- Склонность к фобическим расстройствам,
- Низкая фрустрационная толерантность (раздражительность, возбудимость)
- Пониженный фон настроения, или неустойчивое настроение,
- Состояния после пережитых психотравмирующих ситуаций,
- Пребывание в ситуации хронического стресса или в ситуации с высокой психоэмоциональной нагрузкой,
- Диссомнические расстройства (плохое засыпание, частые пробуждения, неполноценный сон).

Противопоказания:

- Органические заболевания ЦНС с выраженными когнитивными нарушениями,
- Выраженные психические нарушения (с наличием продуктивной симптоматики),
- Идиопатическая эпилепсия и эпилептический синдром, сопровождающиеся эпилептическими припадками,
- Соматические заболевания – острые, а также хронические в фазе обострения.

Что касается последнего противопоказания, и, если соматическое заболевание носит относительно кратковременный характер (например, простудное заболевание) и возникло в период уже проводимого курса психокоррекции, то в этом случае возможно 2 варианта. Либо прервать курс психокоррекции и продолжить его после выздоровления, либо после выздоровления начать курс психокоррекции с начала.

Дополнительные рекомендации

Ситуации, связанные со стрессогенными воздействиями, затрагивают, естественно, и женщину, и мужчину, тем более, если они являются супружеской парой, и сама инфертильность в данном случае и необходимость прибегания к методам ВРТ становятся дополнительными психогенными факторами для обоих участников репродуктивного процесса. При тесном психоэмоциональном взаимодействии состояние партнеров взаимоотражается и усиливается, часто усугубляя уже имеющиеся

проблемы. Поэтому психотерапевтическое вмешательство целесообразно проводить для обоих участников репродуктивного процесса (Программы № 3 – для женщин и Программы № 4 – для мужчин).

Рекомендуемое начало психотерапевтического вмешательства с использованием курса психокоррекции – не позже, чем за 2-3 недели до процедуры инсеминации при проведении ВМИ, либо до переноса эмбриона в матку при проведении ЭКО.

Рекомендуемая продолжительность курса психокоррекции с использованием Программы № 4 должна составлять не менее 9 – 12 коррекционных сеансов, а максимальная продолжительность – 15 – 20 коррекционных сеансов. При этом необходимо учитывать, что завершать курс психокоррекции рекомендуется не раньше момента подтверждения беременности, т.к. период от имплантации и до момента, пока не подтвержден факт беременности, является наиболее напряженным для обоих партнеров (тревога ожидания), и психологическое состояние в этот период может радикально повлиять на конечный результат.

Рекомендуемый режим проведения сеансов психокоррекции либо ежедневный, либо через день.

В процессе проведения сеанса психокоррекции пациентам не обязательно смотреть на экран – они могут сидеть (лежать) с закрытыми глазами и даже спать. Эффективность коррекционного воздействия при восприятии только аудиальной информации остается вполне достаточной.

Если Комплекс «НАТАЛИС» приобретается частными лицами в домашних условиях, то в качестве оптимального времени суток для проведения сеансов психокоррекции, мы рекомендуем утреннее время, непосредственно после завтрака, послеобеденное время, либо вечернее время, желательно непосредственно перед сном.

Программа не несет в себе никакого воздействия, способного навредить как пациентам, которым она адресована, так и окружающим. Поэтому супружеские пары, которые приобрели Комплекс «НАТАЛИС» для личного использования, могут проводить совместные сеансы, например, сначала сеанс Программой № 3 (программа для женщин), а потом сеанс Программой № 4 (программа для мужчин)

ПРОГРАММА № 5.

АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД. Программа для женщин в 1-й половине беременности

Действие Программы № 5 направлено на:

- Профилактику психологической дезадаптации, связанной с гормональной перестройкой и изменением социального статуса,
- Профилактику депрессивного расстройства,
- Устранение психологических причин дезадаптации к беременности и проявлений раннего токсикоза,
- Снижение уровня тревоги и психологической напряженности,
- Редукцию тревожных опасений, связанных с протекающей беременностью,
- Подавление деструктивных переживаний, антагонистичных по отношению к гестационной доминанте,
- Усиление психологических компонентов гестационной доминанты,
- Повышение стрессоустойчивости,
- Нормализацию сна.

Показания к применению программы:

Прямым показанием к проведению курса психокоррекции с использованием Программы № 5 является выраженная тревога, нарушающая нормальное функционирование женского организма, подавляющая психологический компонент гестационной доминанты, а, как следствие, и физиологический, и, соответственно, все необходимые адаптивные перестройки, призванные сформировать и поддерживать оптимальное протекание беременности и состояние плода. Под воздействием деструктивной тревоги в центральной нервной системе беременной наряду с гестационной доминантой могут возникать застойные очаги возбуждения, формирование патологической доминанты, конкурентной по отношению к гестационной, что нередко приводит к дезадаптации материнского организма и к патологическому течению беременности и родов.

Психотерапевтическое вмешательство с использованием психокоррекционной Программы № 5 тем более показано для женщин с длительным предшествующим периодом инфертильности, беременность которых явилась следствием использования методов ВРТ, для которых сам факт применения вспомогательных методов считается психологически стрессовым моментом, даже после успешного лечения бесплодия и наступившей беременности. Женщины, беременность у которых наступила в результате ВРТ, испытывают большое беспокойство, связанное с беременностью, которое отличается многообразием различных негативных проявлений психологического состояния. Сама беременность может восприниматься как сверхценность, а опасения, связанные с ее возможным патологическим прерыванием, оцениваются как катастрофа. Поэтому, несмотря на положительный результат, женщины склонны к повышенной тревоге и депрессии. Это особенно заметно у тех пар, у которых беременность женщины наступила после неудачных предшествующих попыток использования методов ВРТ.

Наконец прямым показанием к использованию Программы № 5 являются пренатальные депрессивные расстройства, встречающиеся в первой половине беременности у 10 – 25% женщин, а также проявления раннего токсикоза беременных разной степени выраженности, которые этиологически и патогенетически напрямую связаны с психофизиологическим состоянием.

Дополнительными показаниями к применению психокоррекционной Программы № 5 (для женщин) являются:

- Неустойчивость настроения
- Склонность к тревожным и фобическим расстройствам,
- Пониженный фон настроения, или неустойчивое настроение,
- Повышенная мнительность и озабоченность по поводу беременности и предстоящих родов,
- Низкая фрустрационная толерантность (раздражительность, возбудимость),
- Состояния после пережитых психотравмирующих ситуаций,
- Пребывание в ситуации хронического стресса или в ситуации с высокой психоэмоциональной нагрузкой,
- Диссомнические расстройства (плохое засыпание, частые пробуждения, неполноценный сон).

Противопоказания:

- Органические заболевания ЦНС с выраженными когнитивными нарушениями,
- Выраженные психические нарушения (с наличием продуктивной симптоматики),
- Идиопатическая эпилепсия и эпилептический синдром, сопровождающиеся эпилептическими припадками,
- Соматические заболевания – острые, а также хронические в фазе обострения.

Что касается последнего противопоказания, и, если соматическое заболевание носит относительно кратковременный характер (например, простудное заболевание) и возникло в период уже проводимого курса психокоррекции, то в этом случае возможно 2 варианта. Либо прервать курс психокоррекции и продолжить его после выздоровления, либо после выздоровления начать курс психокоррекции с начала.

Дополнительные рекомендации

Рекомендуемая продолжительность курса психокоррекции с использованием Программы № 5 должна составлять не менее 9 коррекционных сеансов. Рекомендуемая максимальная продолжительность курса психокоррекции – 12 - 15 коррекционных сеансов. В некоторых случаях продолжительность курса может быть неограниченно увеличена, в зависимости от динамики состояния и организационно-временных условий. Также на протяжении первой половины беременности можно проводить повторные курсы по 9 – 12 сеансов с перерывами между курсами 2 – 3 недели.

В процессе проведения сеанса психокоррекции пациентам не обязательно смотреть на экран – они могут сидеть (лежать) с закрытыми глазами и даже спать. Эффективность коррекционного воздействия при восприятии только аудиальной информации остается вполне достаточной.

Если Комплекс «НАТАЛИС» приобретается частными лицами в домашних условиях, то в качестве оптимального времени суток для проведения сеансов психокоррекции, мы рекомендуем утреннее время, непосредственно после завтрака, послеобеденное время, либо вечернее время, желательно непосредственно перед сном.

Программа не несет в себе никакого воздействия, способного навредить как пациентам, которым она адресована, так и окружающим. Поэтому женщины, которые приобрели Комплекс «НАТАЛИС» для личного использования, могут проводить сеансы, не изолируя себя в отдельном помещении.

ПРОГРАММА № 6.

АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД. Программа для женщин во 2-й половине беременности

Действие Программы № 6 направлено на:

- Профилактику депрессивных расстройств,
- Устранение психологических причин дезадаптации к беременности и проявлений позднего токсикоза,
- Снижение уровня тревоги и психологической напряженности,
- Усиление психологических компонентов гестационной доминанты,
- Подавление деструктивных переживаний, антагонистичных по отношению к гестационной доминанте,
- Редукцию тревожных опасений, связанных с протекающей беременностью и предстоящими родами,
- Повышение стрессоустойчивости,
- Нормализацию сна.

Показания к применению программы:

Прямым показанием к проведению курса психокоррекции с использованием Программы № 6, также, как и Программы № 5, является выраженная тревога, нарушающая нормальное функционирование женского организма, подавляющая психологический компонент гестационной доминанты, а, как следствие, и физиологический, и, соответственно, все необходимые адаптивные перестройки, призванные сформировать и поддерживать оптимальное протекание беременности и состояние плода. Под воздействием деструктивной тревоги в центральной нервной системе беременной наряду с гестационной доминантой могут возникать застойные очаги возбуждения, формирование патологической доминанты конкурентной по отношению к гестационной, что нередко приводит к дезадаптации материнского организма и к патологическому течению беременности и родов.

Психотерапевтическое вмешательство с использованием психокоррекционной Программы № 6 тем более показано для женщин с пренатальным депрессивным расстройством и с проявлениями депрессии в первой половине беременности. По некоторым данным частота встречаемости этого расстройства во второй половине беременности превышает 1/3 женщин. Депрессивная симптоматика в этом периоде усугубляется еще и чисто физилогическими причинами, например, гиподинамией, связанной с повышением веса.

Поздний токсикоз беременных, который является проявлением дезадаптации к беременности и в свою очередь влияет на психофизиологическое состояние женщины.

Токофобия (боязнь родов) возникает в случае, если у женщины не сформирована доминанта родов, или, более того, под воздействием деструктивной информации от «знающих подруг» и от других «авторитетных» источников об «ужасах» этого процесса, у нее формируется тревожное ожидание (вместо радостного предвкушения) и, соответственно, негативное отношение к самой ситуации и процессу родов. В этом случае во время родов с большой долей вероятности можно ожидать развитие вторичной слабости родовых сил, что в результате приводит к необходимости заканчивать беременность операцией Кесарево сечение.

Дополнительными показаниями к применению психокоррекционной Программы № 6 (для женщин) являются:

- Неустойчивость настроения
- Склонность к тревожным и фобическим расстройствам,
- Пониженный фон настроения, или неустойчивое настроение,
- Повышенная мнительность и озабоченность по поводу беременности и предстоящих родов,
- Низкая фрустрационная толерантность (раздражительность, возбудимость),
- Состояния после пережитых психотравмирующих ситуаций,
- Пребывание в ситуации хронического стресса или в ситуации с высокой психоэмоциональной нагрузкой,
- Диссомнические расстройства (плохое засыпание, частые пробуждения, неполноценный сон).

Противопоказания:

- Органические заболевания ЦНС с выраженными когнитивными нарушениями,
- Выраженные психические нарушения (с наличием продуктивной симптоматики),
- Идиопатическая эпилепсия и эпилептический синдром, сопровождающиеся эпилептическими припадками,
- Соматические заболевания – острые, а также хронические в фазе обострения.

Что касается последнего противопоказания, и, если соматическое заболевание носит относительно кратковременный характер (например, простудное заболевание) и возникло в период уже проводимого курса психокоррекции, то в этом случае возможно 2 варианта. Либо прервать курс психокоррекции и продолжить его после выздоровления, либо после выздоровления начать курс психокоррекции с начала.

Дополнительные рекомендации

Рекомендуемая продолжительность курса психокоррекции с использованием должна составлять не менее 9 коррекционных сеансов. Рекомендуемая максимальная продолжительность курса психокоррекции – 12 - 15 коррекционных сеансов. В некоторых случаях продолжительность курса может быть неограниченно увеличена, в зависимости от динамики состояния и организационно-временных условий. Также на протяжении второй половины беременности можно проводить повторные курсы по 9 – 12 сеансов с перерывами между курсами 2 – 3 недели.

В процессе проведения сеанса психокоррекции пациентам не обязательно смотреть на экран – они могут сидеть (лежать) с закрытыми глазами и даже спать. Эффективность коррекционного воздействия при восприятии только аудиальной информации остается вполне достаточной.

Если Комплекс «НАТАЛИС» приобретается частными лицами в домашних условиях, то в качестве оптимального времени суток для проведения сеансов психокоррекции, мы рекомендуем утреннее время, непосредственно после завтрака, послеобеденное время, либо вечернее время, желательно непосредственно перед сном.

Программа не несет в себе никакого воздействия, способного навредить как пациентам, которым она адресована, так и окружающим. Поэтому женщины, которые приобрели Комплекс «НАТАЛИС» для личного использования, могут проводить сеансы, не изолируя себя в отдельном помещении.

ПРОГРАММА № 7.
ПУЭРПЕРАЛЬНЫЙ ПЕРИОД. Программа для женщин

Действие Программы № 7 направлено на:

- Профилактику послеродовых психических расстройств и нарушений (в том числе постнатальной депрессии),
- Редукцию тревожных опасений, связанных с ребенком,
- Профилактику проявлений психологического утомления и астенической симптоматики,
- Повышение активности и работоспособности,
- Повышение психофизиологической устойчивости,
- Снижение уровня тревоги и психологической напряженности,
- Нормализацию сна.

Показания к применению программы:

Прямым показанием к проведению курса психокоррекции с использованием Программы № 7 являются депрессивные состояния, возникающие после родов: либо впервые возникшая депрессия – послеродовая (постнатальная) депрессия, либо обострение существующей депрессии в послеродовом периоде (рекуррентная депрессия). Согласно диагностическим критериям МКБ-10, диагноз постнатальной депрессии устанавливается, если депрессивный синдром, соответствующий критериям депрессивного расстройства, развился в течение 6 недель после родов.

Психотерапевтическое вмешательство с использованием психокоррекционной Программы № 7 показано при признаках утомления, астенизации, снижении работоспособности и продуктивности, при нарушениях сна, которые характерны для раннего послеродового периода.

Также прямым показанием к проведению курса психокоррекции с использованием Программы № 7 является выраженная тревога, нарушающая формирование доминанты вскармливания, что приводит ко вторичным нарушениям взаимодействия и биосоциального единения с ребенком.

Признаки психологической дезадаптации разной степени выраженности, вызванной нарушениями внутрисемейной микросоциальной системы за счет изменения сложившегося стереотипа внутрисемейных взаимодействий.

Дополнительными показаниями к применению психокоррекционной Программы № 7 (для женщин) являются:

- Пониженный фон настроения, или неустойчивость настроения,
- Склонность к тревожным и фобическим расстройствам,
- Низкая фрустрационная толерантность (раздражительность, возбудимость),
- Состояния после пережитых психотравмирующих ситуаций,
- Пребывание в ситуации хронического стресса или в ситуации с высокой психоэмоциональной нагрузкой,
- Диссомнические расстройства (плохое засыпание, частые пробуждения, неполноценный сон).

Противопоказания:

- Тяжёлые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом (послеродовой психоз),
- Органические заболевания ЦНС с выраженными когнитивными нарушениями,
- Выраженные психические нарушения (с наличием продуктивной симптоматики),
- Идиопатическая эпилепсия и эпилептический синдром, сопровождающиеся эпилептическими припадками,
- Соматические заболевания – острые, а также хронические в фазе обострения.
- Программы № 7 не направлена на коррекцию психологического состояния в случае репродуктивной потери (смерть ребенка при родах),

Что касается противопоказания, связанного с наличием соматического заболевания, и, если соматическое заболевание носит относительно кратковременный характер (например, простудное заболевание) и возникло в период уже проводимого курса психокоррекции, то в данном случае возможно 2 варианта. Либо прервать курс психокоррекции и продолжить его после выздоровления, либо после выздоровления начать курс психокоррекции с начала.

Дополнительные рекомендации

Пуэрперальный период продолжается 6-8 недель, но это не значит, что данная коррекционная программа ограничивается строго этим периодом. Сеансы психокоррекции с использованием этой программы могут проводиться неограниченное время и после окончания пуэрперального периода, пока психологическое состояние будет соответствовать показаниям применения.

Проблемы, возникающие в послеродовом периоде, затрагивают обоих партнеров – и женщину, и мужчину. Поэтому в данном периоде рекомендуется проведение психотерапевтического вмешательства для обоих участников репродуктивного процесса (Программы № 7 – для женщин и Программы № 8 – для мужчин).

Рекомендуемая продолжительность курса психокоррекции с использованием Программы № 7 должна составлять не менее 9 - 12 коррекционных сеансов. Рекомендуемая максимальная продолжительность курса психокоррекции не ограничена и зависит от динамики состояния и организационно-временных условий.

В процессе проведения сеанса психокоррекции пациентам не обязательно смотреть на экран – они могут сидеть (лежать) с закрытыми глазами и даже спать. Эффективность коррекционного воздействия при восприятии только аудиальной информации остается вполне достаточной.

Если Комплекс «НАТАЛИС» приобретается частными лицами в домашних условиях, то в качестве оптимального времени суток для проведения сеансов психокоррекции, мы рекомендуем утреннее время, непосредственно после завтрака, послеобеденное время, либо вечернее время, желательно непосредственно перед сном.

Программа не несет в себе никакого воздействия, способного навредить как пациентам, которым она адресована, так и окружающим. Поэтому супружеские пары, которые приобрели Комплекс «НАТАЛИС» для личного использования, могут проводить совместные сеансы, например, сначала сеанс Программой № 7 (программа для женщин), а потом сеанс Программой № 8 (программа для мужчин).

ПРОГРАММА № 8.

ПУЭРПЕРАЛЬНЫЙ ПЕРИОД. Программа для мужчин

Действие Программы № 8 направлено на:

- Профилактику проявлений психологического утомления и астенической симптоматики,
- Повышение фрустрационной толерантности,
- Повышение активности и работоспособности,
- Повышение психофизиологической устойчивости,
- Редукцию тревожных опасений, связанных с внутрисемейными проблемами,
- Снижение уровня тревоги и психологической напряженности,
- Нормализацию сна.

Показания к применению программы:

Прямым показанием к проведению курса психокоррекции с использованием Программы № 8 является повышенная утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности, которые характерны для мужчин, особенно на раннем периоде после рождения ребенка. В этот период возникают определенные сложности, связанные не только с психологическими и физическими нагрузками, но и с увеличением ответственности за семью, а также с изменением отношений в семье: снижение внимания и проявлений любви со стороны женщины, нарушением сексуальных отношений и пр., что является дополнительны психотравмирующим фактором.

Дополнительными показаниями к применению психокоррекционной Программы № 8 (для женщин) являются:

- Повышенная тревожность,
- Пониженный фон настроения, или неустойчивое настроение,
- Состояния после пережитых психотравмирующих ситуаций,
- Пребывание в ситуации хронического стресса или в ситуации с высокой психоэмоциональной нагрузкой,
- Диссомнические расстройства (плохое засыпание, частые пробуждения, неполноценный сон).

Противопоказания:

- Органические заболевания ЦНС с выраженными когнитивными нарушениями,
- Выраженные психические нарушения (с наличием продуктивной симптоматики),
- Идиопатическая эпилепсия и эпилептический синдром, сопровождающиеся эпилептическими припадками,
- Соматические заболевания – острые, а также хронические в фазе обострения.

Что касается последнего противопоказания, и, если соматическое заболевание носит относительно кратковременный характер (например, простудное заболевание) и возникло в период уже проводимого курса психокоррекции, то в этом случае возможно 2 варианта. Либо прервать курс психокоррекции и продолжить его после выздоровления, либо после выздоровления начать курс психокоррекции с начала.

Дополнительные рекомендации

Проблемы, возникающие в послеродовом периоде, затрагивают обоих партнеров – и женщину, и мужчину. Поэтому в данном периоде рекомендуется проведение психотерапевтического вмешательства для обоих участников репродуктивного процесса (Программы № 7 – для женщин и Программы № 8 – для мужчин).

Рекомендуемая продолжительность курса психокоррекции с использованием Программы № 8 должна составлять не менее 9 - 12 коррекционных сеансов. Рекомендуемая максимальная продолжительность курса психокоррекции не ограничена и зависит от динамики состояния и организационно-временных условий.

В процессе проведения сеанса психокоррекции пациентам не обязательно смотреть на экран – они могут сидеть (лежать) с закрытыми глазами и даже спать. Эффективность коррекционного воздействия при восприятии только аудиальной информации остается вполне достаточной.

Если Комплекс «НАТАЛИС» приобретается частными лицами в домашних условиях, то в качестве оптимального времени суток для проведения сеансов психокоррекции, мы рекомендуем утреннее время, непосредственно после завтрака, послеобеденное время, либо вечернее время, желательно непосредственно перед сном.

Программа не несет в себе никакого воздействия, способного навредить как пациентам, которым она адресована, так и окружающим. Поэтому супружеские пары, которые приобрели Комплекс «НАТАЛИС» для личного использования, могут проводить совместные сеансы, например, сначала сеанс Программой № 7 (программа для женщин), а потом сеанс Программой № 8 (программа для мужчин)

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ СЕАНСОВ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Общие положения

Комплекс «НАТАЛИС» разработан в качестве психологического инструментария специалистов для сопровождения супружеских пар на всех этапах репродуктивного процесса.

Комплекс содержит 8 психокоррекционных программ с аудиовизуальным воздействием на психофизиологическое состояние на осознаваемом и неосознаваемом уровнях. Коррекционные программы разрабатывались как последовательные этапы психологической коррекции, соответствующие каждому периоду репродуктивного процесса. Комплекс «НАТАЛИС» может применяться в качестве самостоятельной и самодостаточной психологической (коррекционной) методики, а также в качестве комплементарного метода, дополняющего любые психологические и психотерапевтические методы, повышающего их эффективность. Коррекционные программы могут быть использованы как в индивидуальной работе с пациентами, так и для проведения групповых сеансов психокоррекции.

Уровень громкости при проведении сеансов не имеет значения для восприятия вмонтированной в программы суггестивной информации. Необходимо выставлять оптимальный уровень громкости, который не будет раздражать и мешать погружению в состояние релаксации.

Суггестивная информация вмонтирована в аудиотреки программ на 2-х уровнях маскирования – подпороговом (полностью неслышимом на уровне сознания) и на околопороговом. Этот уровень вмонтированного воздействия может быть слышим либо в виде легкого потрескивания, либо даже в виде отдельных обрывков слов. Особенно это может проявляться, если использовать наушники. Данный факт никак не влияет на психокоррекционную эффективность программ и, по предшествующему опыту применения, не мешает пациентам.

Рекомендации по оснащению помещений для проведения сеансов психокоррекции

Помещения, в которых планируется проводить сеансы психокоррекции, должны быть изолированными от шума, должна быть возможность затемнения (плотные шторы, или жалюзи), удобные сидения – либо кресло-трансформер (реглайнер), позволяющие выбрать комфортную для прохождения сеанса позу, либо классическое кресло (для положений сидя, или полулежа). Помещения для групповых сеансов (аудитории) должны быть оснащены либо кушетками, либо креслами: кресло-трансформер, или классическое кресло для положения полулежа.

Сеансы можно проводить, используя внешние акустическую систему (активные динамики, акустические колонки), либо наушники. Не рекомендуется проводить сеансы, используя встроенную в ноутбук акустическую систему, т.к. она имеет, как правило, недостаточно качественные акустические характеристики воспроизведения звука. Наушники можно использовать и индивидуально, и при проведении групповых сеансов в аудитории, если оснастить ими каждое посадочное место. При использовании наушников можно придерживаться следующих параметров при их выборе:

- конструкция – закрытые,
- автономность (для беспроводных наушников) не менее 8 ч.,
- частотный диапазон – 20-20000 Гц,
- чувствительность от 89 дБ,
- импеданс – 32 Ом.
- подключение к источнику выполняется либо по Bluetooth 5.0 с радиусом действия не менее 10 м., либо с помощью провода.

При проведении индивидуальных сеансов в качестве экрана можно использовать монитор, в том числе монитор ноутбука, хотя более желательно выводить изображение на экран большего размера, позволяющий пациенту находиться от него на удалении не менее 90 см. Для этого можно использовать второй монитор, соединенный с ноутбуком кабелем HDMI.

При проведении групповых сеансов психокоррекции в небольших аудиториях (в перделах 9 – 12 мест) необходимо обеспечить расстановку кресел таким образом, чтобы передние ряды не мешали обзору сидящим сзади. Для данных аудиторий должен быть использован жидкокристаллический экран с диагональю не менее 75" (надо иметь виду, что у экранов 98” и больших размеров цена резко повышается). Ориентировочные параметры экрана:

- разрешение HD, 4K UHD,
- частота обновления экрана – 120 Гц,
- яркость – 1500 кд/м²,

- цвет корпуса лучше выбрать черный, чтобы не было бликов от возможных посторонних источников света по периметру экрана.

Возможно проведение групповых сеансов психокоррекции и в больших аудиториях (залах), при этом необходимо использовать либо жидкокристаллический экран больших размеров (для обеспечения угла обзора не менее 30°), либо высококачественные проекторы (параметры необходимо подбирать исходя из проекционного расстояния до экрана).

При использовании жидкокристаллического экрана необходим кабель HDMI для связи с ноутбуком (компьютером), с которого будет передаваться информация на экран. Важно учитывать, что кабель не должен превышать по длине 5 м, иначе качество передачи информации резко падает, поэтому передающий ноутбук должен располагаться недалеко от основного экрана, при этом его монитор не должен быть повернут к аудитории и желательно его изолировать, чтобы он не вызывал световых помех.

Рекомендации по подготовке пациентов к курсу психокоррекции

При психологическом сопровождении на любом этапе репродуктивного процесса перед проведением курса психокоррекции специалисту необходимо вкратце объяснить пациентам, в чем заключаются сеансы психокоррекции и для чего они проводятся. Для этого следует внимательно ознакомиться с содержанием главы «Методологические основы» настоящего Руководства. При подготовке пациентов к курсу психокоррекции можно построить сообщение в соответствии с предлагаемым ниже планом.

- Во-первых, можно несколько слов сказать о целях психологического вмешательства, о том, для чего вообще оказывается психологическая помощь, в чем она заключается и как будут проводиться сеансы (в том числе режим проведения). Можно несколько слов сказать о технологии неосознаваемого семантического воздействия и о том, какие результаты следует ожидать после прохождения курса сеансов.
- Во-вторых, учитывая опасения многих пациентов в стигматизации по критерию психического здоровья, необходимо объяснить, что сеансы психокоррекции совершенно не означают наличие психических расстройств. Что различные проблемы с эмоциональным состоянием, настроением, повышенной тревожностью, раздражительностью, нарушениями сна и пр. существуют в той или иной степени практически у всех людей за счет воздействия различных стрессогенных факторов. При этом необходимо объяснить, что любой психологический дисбаланс пагубно влияет на все этапы репродуктивного процесса.
- В-третьих, необходимо пояснить, что сеансы психокоррекции не обладают сиюминутным эффектом. И здесь как раз пояснить преимущество психокоррекционных процедур – подчеркнуть, что они проводятся не для временного сиюминутного эффекта, а для стабильного улучшения эмоционального состояния. Пояснить, что для получения стабильного положительного результата необходимо пройти полностью назначенный специалистом курс сеансов. При этом во время проведения сеансов от пациентов не требуется внимательно во что-то всматриваться или вслушиваться – от этого лечебный эффект не усилится. Надо просто погрузиться в максимально расслабленное состояние.
- После этого можно подчеркнуть, что регулярное посещение назначенных сеансов будет постепенно снижать уровень напряженности и тревоги, устранять негативные состояния, переживания и опасения (перечень решаемых проблем, конечно, надо адаптировать в зависимости от контингента пациентов и от выбранных коррекционных программ).
- И в завершении необходимо отметить, что эффект коррекционного курса будет проявляться не только в процессе его проведения, а сохранится и после окончания курса. И при этом уточнить, что в возникающих впоследствии сложных жизненных ситуациях пациенты, прошедшие курс, будут сохранять более высокую эмоциональную стабильность, стрессоустойчивость и уверенность в себе.

Рекомендации по проведению курса психокоррекции

Полное воспроизведение одной программы (12 минут) соответствует одному коррекционному сеансу. Продолжительность коррекционных программ обусловлена возможностью их использования в режиме обычных сессий психотерапевтического вмешательства, которые, как правило составляют 40 – 60 минут, за счет чего остается время на беседу с пациентом и применение других психотерапевтических методик и манипуляций.

При необходимости специалист может по своему усмотрению увеличивать время коррекционных сеансов за счет их повторного воспроизведения. Не рекомендуется проведение более 2-х, максимум 3-х, повторных сеансов одной и той же коррекционной программой за одну психотерапевтическую сессию во избежание появления эффекта пресыщения.

Коррекционные сеансы можно проводить в начале психотерапевтической сессии, в ее завершении, либо на любом этапе ее проведения. Проведение сеансов в начале психотерапевтической сессии рекомендуется в тех случаях, когда со стороны пациента обнаруживается осознанный негативизм, либо неосознанное

сопротивление (обычно в разной степени выраженности и то, и другое) контакту со специалистом. Это проявление чаще всего обусловлено опасениями стигматизации. Применение технологии неосознаваемого воздействия в ряде случаев позволяет преодолеть этот коммуникативный барьер. Если же между специалистом и пациентом установился психотерапевтической альянс и достигнут достаточный комплаенс, то разумнее проводить сеансы в завершении психотерапевтической сессии, т.к. после коррекционных сеансов часто отмечается «эффект шлейфа» (в разной степени выраженности состояние сонливости и заторможенности, как результат коррекционного воздействия), что может стать помехой к полноценному психотерапевтическому контакту в случае проведения коррекционного сеанса в начале психотерапевтической сессии.

Коррекционные сеансы можно проводить без дополнительных психотерапевтических манипуляций в качестве самостоятельной процедуры. Особенно это удобно и целесообразно при проведении групповых сеансов психокоррекции. Как правило, групповые сеансы более целесообразны и организационно легче реализуемы в прегравидарном и в антенатальном периодах, например, в условиях женских консультаций, центрах репродуктивной психологии, перинатальных центрах, в специализированных антенатальных клиниках.

Курс психокоррекции одной выбранной коррекционной программой должен включать проведение нескольких сеансов. Рекомендуемая продолжительность коррекционного курса должна составлять не менее 6 (лучше не менее 9) коррекционных сеансов. Рекомендуемая максимальная продолжительность курса – 12 – 15 коррекционных сеансов. Рекомендованный режим проведения сеансов психокоррекции может быть либо один раз в день (лучше в период после обеда, или вечером), либо через день. Данное требование, также, как и рекомендуемая продолжительность коррекционного курса, не является жестким и, по усмотрению специалиста, режим проведения сеансов может быть адаптирован к конкретным условиям (например, в амбулаторных условиях можно проводить сеансы в ежедневном режиме 5 рабочих дней с перерывом 2 дня в выходные дни).

В некоторых случаях, если позволяют время и условия, продолжительность курса психокоррекции может быть неограниченно увеличена (более 12 коррекционных сеансов) – на усмотрение сопровождающего специалиста. Увеличение продолжительности курса может быть необходимо в случаях слабой динамики ожидаемых результатов, либо в случае рецидивирующего проявления патопсихологической симптоматики. При сопровождении пациентов с торпидным течением психологического расстройства, трудно поддающегося психотерапевтическому вмешательству (например, повышенная тревога и негативные прогностические ожидания при длительной инфертильности), можем рекомендовать либо длительный курс психокоррекции (продолжительность на усмотрение сопровождающего специалиста), либо повторные более короткие курсы с перерывами 1 – 3 недели до достижения необходимого эффекта. Также необходимо учитывать, что для данных пациентов только проведение курса психокоррекции с использованием программ Комплекса «НАТАЛИС», как правило, будет недостаточно. В этих случаях психологическая помощь должна носить комплексный характер с использованием различных методов психотерапии и, возможно, других методов коррекции в сочетании с медикаментозной терапией.

При проведении психокоррекционного сеанса необходимо учитывать, что непосредственно после его окончания могут отмечаться состояния релаксации, незначительного замедления реакций и даже сонливости («эффект шлейфа»). Это состояние может продолжаться от нескольких минут до 2-х часов). Эти состояния релаксации не несут в себе никаких негативных последствий и переживаются как ощущение легкости и спокойствия. Из этого следует, что пациенты по завершении сеанса не очень готовы к проявлениям активности, в том числе к психотерапевтическому контакту. Поэтому при использовании коррекционных сеансов в режиме обычных сессий психотерапевтического вмешательства мы рекомендуем перенесение самого сеанса на завершающий этап сессии.

КОМПЛЕКТАЦИЯ

В варианте ПО (USB-версия):

1. USB-флеш-накопитель с записью:
    - Дистрибутива программы «НАТАЛИС»,
    - Инструкции по установке программы,
    - Руководства для специалиста.
2. Распечатанные материалы:
    - Сертификат на продукцию,
    - Лицензия, дающее право на коммерческое использование,
    - Гарантийное обязательство,
    - Инструкция по установке программы.
3. Упаковка (коробка размером 220x150x25 мм), Вес 90 г.

В варианте программно-аппаратного комплекса (ПК-версия):

1. Ноутбук Ноутбук с предустановленной копией программы.
2. USB-флеш-накопитель с записью:
    - Дистрибутива программы «НАТАЛИС»,
    - Инструкции по установке программы,
    - Руководства для специалиста.
3. Распечатанные материалы:
    - Сертификат на продукцию,
    - Лицензия, дающее право на коммерческое использование,
    - Гарантийное обязательство,
    - Инструкция по установке программы.
4. Упаковка (коробка), Вес 2000 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРИОБРЕТАТЕЛЯ

К Комплексу «НАТАЛИС» прилагаются «Сертификат соответствия» и «Лицензия». При покупке Комплекса необходимо вписать (или впечатать) в Лицензию дату приобретения и свои данные (персональные или наименование организации) в графу «Лицензиат».

Лицензия предоставляет приобретателю возможность на коммерческое использование Комплекса «НАТАЛИС» в соответствии с п. 2 Лицензии. В противном случае коммерческое использование Комплекса Коррекционные программ будет противоречить Гражданскому Кодексу Российской Федерации (часть IV).

По просьбе приобретателя Комплекса «НАТАЛИС» мы можем выслать перечень и заверенные ксерокопии официальных документов (результатов апробаций, отзывов, патентов и других официальных документов).

По нашим контактам на сайте можно сделать индивидуальный заказ на разработку коррекционной программы любой целевой направленности.

Помимо этого, мы открыты для партнерских и научных отношений в любых направлениях сотрудничества.

ОФИЦИАЛЬНАЯ СПРАВКА

Метод неосознаваемой психокоррекции разработан сотрудниками Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова (ныне Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) и Московского Государственного Университета им. М.В. Ломоносова совместно с Институтом Медико-Биологических Информационных Технологий.

Разработка метода неосознаваемой психокоррекции проводилась с 1982 г. в лаборатории Психокоррекции Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова в соответствии с планом НИР: **"**Разработка комплексных нелекарственных индивидуально-ориентированных технологий лечения пограничных психических и психосоматических расстройств", № Госрегистрации: 01910039949

Федеральной службой по интеллектуальной собственности РФ выданы патенты и свидетельства на метод неосознаваемой психокоррекции и способы его применения в различных областях медицины и психологии:

- «Способ воздействия на психофизиологическое состояние человека» Патент РФ на изобретение № 2162348 от 21.01. 2001 г.
- «Способ трансформации вербальной аудиоинформации на уровень подпорогового восприятия при психофизиологическом воздействии», Патент РФ на изобретение № 2124371 от 10.01. 1999 г.
- «Способ комплексной психотерапевтической подготовки беременных к родам», Патент РФ на изобретение № 2515763 от 18.03. 2014 г.
- «Sound Overtone Modulation of Voice Information (SOMVI-mix)" Свидетельство Роспатент РФ № 2003611902 от 15.08. 2003 г.
- «САНАТА – метод аудиовизуальной психокоррекции» Свидетельство Роспатент РФ № 2017611551 от 16.12. 2016 г.
- «Программа реализации алгоритма проведения неосознаваемой аудиальной психокоррекции» Свидетельство Роспатент РФ № 2017613540 от 21.03. 2017 г.
- «Способ психофизиологического воздействия», Патент РФ на изобретение № 2756158 от 28.09. 2021 г., приоритет от 21.12. 2020 г.
- «Комплекс КЛАССИКОР» Свидетельство Роспатент РФ № 2023616171 от 23.03. 2023 г.

Метод утвержден Министерством Здравоохранения РФ:

- Выписки из протоколов заседания секции Психиатрии Ученого Совета Минздрава России от 26.11. 1997, от 23.06. 1999 и от 01.06. 2004.
- Методические пособия для врачей от 1997 г. и от 1999 г.

Метод неосознаваемой психокоррекции включен в программу профессиональной подготовки специалистов:

- с 1998 года метод включен в учебную программу профессиональной подготовки врачей психотерапевтов и медицинских психологов в рамках дополнительного профессионального образования.

Метод неосознаваемой психокоррекции апробирован на клинических и лечебных базах:

- ГБУ «Научно-практический психоневрологический центр» Департамента здравоохранения города Москвы (Клиника неврозов),
- ФМБА России (структурные подразделения),
- ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова,
- ГБУ Московский городской центр пограничных состояний на базе Психиатрической клинической больницы имени Ю.В. Каннабиха Департамента здравоохранения города Москвы
- Психиатрическая клиника им. С.С. Корсакова (клиническая база Первого МГМУ им. И.М. Сеченова),
- ФБУЗ Лечебно-реабилитационный центр Санаторий «Вороново» Минэкономразвития России,
- ФГКУ Центральная поликлиника Федеральной службы безопасности Российской Федерации,
- ФКУЗ Центральная поликлиника ФСБ России (Москва),

а также в других лечебных учреждениях

Метод также апробирован в немедицинских организациях:

- Академия управления МВД России,
- «РОСАТОМ» Государственной корпорации (АО «УЭХК» - Уральский электрохимический комбинат),
- СУЭК (Сибирская угольная энергетическая компания),
- ФГБУ «Школа Олимпийского резерва» (Кисловодск),
- Гомельский Государственный университет имени Франциска Скорины (Беларусь)
- Федеральная служба исполнения наказаний России (психологическая служба ведомства),
- Учреждения Департамента социальной защиты,
- Общеобразовательные и воспитательные учреждения и др.

Метод утвержден Российским Центром Испытаний и Сертификации:

- Психокоррекционный инструментарий, выпускаемый Институтом Медико-Биологических Информационных Технологий, является единственным, который создаются в соответствии с Техническими Условиями, утвержденными Российским Центром Испытаний и Сертификации (ТУ 5088-012-74495715-2008 от 19.06. 2008 г.)

Звуковой фон Коррекционных программ создан с использованием музыки:

- Северина С.А. («Eguana»). (Лицензионные договоры: № 06/11 от «09» декабря 2011 г., № 06/11 от «13» февраля 2019 г., № 03 / 20 от «17» марта 2020 г.)
- Кучинова П.А. («PAKU»). (Лицензионный договор: № 03/23 от «09» июня 2023 г.)

Озвучание неосознаваемых суггестивных установок проводилось:

- с участием Заслуженного артиста России Владимира Левашёва,
- а также при участии профессиональных психотерапевтов, актеров, дикторов.

Мастер-программа разработана:
ООО Институт Медико-Биологических Информационных Технологий. Россия

Фирма разработчик:
ООО Институт Медико-Биологических Информационных Технологий. Россия

Все права принадлежат:
ООО Институт Медико-Биологических Информационных Технологий. Россия

Научный коллектив,

разработавший Комплекс «НАТАЛИС»,

искренне желает Вам здоровья,

и психологического благополучия !

Институт Медико-Биологических
Информационных Технологий (ИМБИТ)

Тел.: + 7 (495) 3649186
Сайт Института: https://имбит.рф
Онлайн-магазин: https://somvi.ru
Эл. адрес: imbit_info@mail.ru

Клиническая база:

МОСКВА, ул. Габричевского, д. 5, корп. 3,
Клиника Функциональных Нарушений,
Кафедра Психотерапии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова