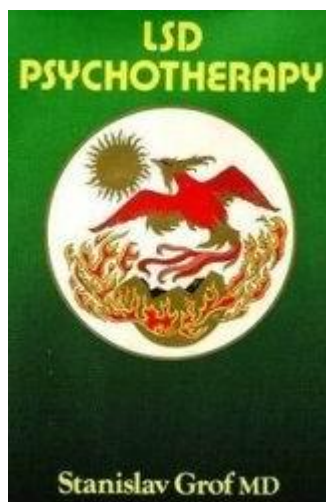


Станислав Гроф - ЛСД Психотерапия



Перевод: Георгий Валериевич

Оглавление

Предисловие. 1	ФИЗИЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ 110
Благодарности 2	КРИТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ НА ЛСД СЕАНСАХ. 112
1. ИСТОРИЯ ЛСД ТЕРАПИИ 3	НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ 127
ОТКРЫТИЕ ЛСД И ЕГО ПСИХОДЕЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ 3	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ 135
РАННИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛСД. 5	6. ПРОТЕКАНИЕ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ 138
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ	ИЗМЕНЕНИЯ В СОДЕРЖАНИИ
ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАНИЕ С ЛСД 7	ПСИХОДЕЛИЧЕСКИХ СЕАНСОВ 140
ИССЛЕДОВАНИЯ	ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И
ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛСД 9	ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В
ПСИХОТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛСД 11	ИНТЕРВАЛАХ МЕЖДУ СЕАНСАМИ 154
НЕОБХОДИМОСТЬ ВСЕСТОРОННЕЙ ТЕОРИИ ЛСД ТЕРАПИИ 22	ДОЛГОВРЕМЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В
2. ВАЖНЕЙШИЕ ПЕРЕМЕННЫЕ В ЛСД ТЕРАПИИ 25	СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, МИРОВОЗЗРЕНИИ И
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛСД 25	ИЕРАРХИИ БАЗОВЫХ ЦЕННОСТЕЙ 163
ЛИЧНОСТЬ СУБЪЕКТА 30	7. ПОКАЗАНИЯ К ЛСД ТЕРАПИИ,
ЛИЧНОСТЬ ТЕРАПЕВТА ИЛИ РУКОВОДИТЕЛЯ 58	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ И
УСТАНОВКА И ОБСТАНОВКА СЕАНСОВ 71	КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 166
3. ПСИХОЛИТИЧЕСКАЯ И ПСИХОДЕЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ ПРИ ПОМОЩИ ЛСД: К ИНТЕГРАЦИИ ПОДХОДОВ. 78	ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ 167
ПОИСК ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕХНИКИ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ 79	ДЕПРЕССИИ, НЕВРОЗЫ И
ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ПСИХОЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА 82	ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ 170
ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ПСИХОДЕЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ 84	АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОЗАВИСИМОСТЬ, НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ И СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕВИАЦИИ 172
4. ПРИНЦИПЫ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ 87	ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ 176
ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД 87	ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАДАНИЯ И
ПСИХОДЕЛИЧЕСКИЙ СЕАНС 98	ФИЗИЧЕСКАЯ БОЛЬ УМИРАЮЩИХ ИНДИВИДОВ 181
ИНТЕГРАЦИЯ ПЕРЕЖИВАНИЙ 107	8. НЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛСД 183
5. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ: ВОЗНИКНОВЕНИЕ, ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРЫ 110	ОБУЧАЮЩИЕ СЕАНСЫ ПРОФЕССИОНАЛОВ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ 183
	ПРИЕМ ЛСД КРЕАТИВНЫМИ ИНДИВИДАМИ 184
	ВЫЗВАННЫЕ ПРЕПАРАТОМ РЕЛИГИОЗНЫЕ И МИСТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ 187

РОЛЬ ЛСД В ЛИЧНОСТНОМ РОСТЕ И
САМОАКТУАЛИЗАЦИИ 193
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛСД В РАЗВИТИИ
ПАРАНОРМАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ 194
9. ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ
МЕХАНИЗМЫ ЛСД ТЕРАПИИ 197
УСИЛЕНИЕ КОНВЕНЦИОНАЛЬНЫХ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ 198
ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ УПРАВЛЯЮЩИХ
СИСТЕМ 199
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ
ПРОЦЕССА СМЕРТИ-ВОЗРОЖДЕНИЯ 201
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ
ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОГО УРОВНЯ 208

ЭПИЛОГ: БУДУЩЕЕ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ
214
БИБЛИОГРАФИЯ 216
ПРИЛОЖЕНИЕ 1: кризисное вмешательство в
ситуациях, связанных с бесконтрольным
использованием психоделиков 216
ПРИРОДА И ДИНАМИКА
ПСИХОДЕЛИЧЕСКИХ КРИЗИСОВ 217
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КРИЗИСНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО И СПОСОБЫ
САМОПОМОЩИ. 219
КОМПЕТЕНТНОЕ КРИЗИСНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СЛУЧАЕ
ПСИХОДЕЛИЧЕСКИХ ПРОИСШЕСТВИЙ 221

Предисловие.

Книга об ЛСД психотерапии, публикуемая во время, когда психоделические исследования фактически не существуют, требует сказать несколько слов вступления и объяснений. Есть множество теоретических и практических причин для публикации этого материала, накапливаемого уже более 24 лет. Антипсиходелическому законодательству удалось уничтожить почти все научные исследования, но оно оказалось очень неэффективным в обуздании самостоятельного самопознания. Для обычного профессионала практически невозможно получить лицензию на работу с психоделиками и на поставки чистых препаратов, но молодому поколению легко доступны товары черного рынка, очень часто плохого качества. Сотни тысяч (а по некоторым предположениям, миллионы) молодых людей в Соединенных Штатах самостоятельно экспериментировали с психоделиками.

Информация в научных книгах и журналах не так легкодоступна, и большая её часть не содержит прямых практических объяснений; в то же время литература, напрямую повлиявшая на общество, была сильно предвзятой, двусмысленной и противоречивой. Одна её часть, исходящая от некритичных фанатиков, имела тенденцию односторонне подчеркивать преимущества использования психоделиков и не упоминала его опасностей. Другая часть была продуктом официальной антинаркотической пропаганды и была по большей части настолько искаженной и негативной, что молодое поколение не воспринимало её всерьез. Когда раньше то же самое началось в направлении относительно безобидной марихуаны, было легко упустить что-то важное в попытках отсеять лишнее (дословный перевод идиомы—выплеснуть младенца вместе с грязной водой—прим. пер.) и проигнорировать не только демагогические утверждения, но также и достоверные и реалистичные предостережения.

Правдивая и всесторонняя информация о краткосрочных и долгосрочных эффектах ЛСД очень важна не только для тех, кто занят самостоятельным экспериментированием, но и для родственников, друзей и других лиц, которым, возможно, придется столкнуться с различными проявлениями или последствиями такой работы. Понимание психоделического процесса очень важно для родителей этих индивидов, учителей, юристов, которые будут иметь дело с приемом препарата. К тому же, непредвзятая информация предельно важна для психологов и психиатров, от которых потребуются помощь в случаях, связанных с использованием психоделиков. Нынешние способы работы с чрезвычайными ситуациями, связанными с ЛСД и его долгосрочными эффектами, показывают незнание вовлеченных процессов и потому причиняют больше вреда, чем пользы. Хотя материал этой книги описывает контролируемое клиническое применение ЛСД, предоставленная информация прямо применима и к случаям кризисного вмешательства, а проблемы, связанные с неконтролируемым использованием ЛСД, отдельно обсуждаются в приложении ввиду огромной важности этого вопроса. Для некоторых людей, не участвующих прямо или косвенно в психоделическом самоисследовании, но имевших опыт с ЛСД в прошлом, эта книга может оказаться полезным источником информации, которая прольет новый ретроспективный свет на аспекты их сеансов, оставившие их озадаченными и смущенными.

Крах юридических и административных мер прошлого по обузданию использования ЛСД, похоже, отражает недостаток понимания природы и глубины вовлеченных проблем. Более глубокое понимание эффектов ЛСД и трансформативных процессов, которым он способствует, может дать законодателям нить к разгадке. Определенные аспекты предоставленного в данной книге материала также напрямую связаны с пониманием событий вокруг опубликованных недавно экспериментов, проводимых ранее в разных странах военными экспертами и правительственными организациями.

Надеюсь, в этой книге мне удастся передать мое глубокое сожаление о том, что из-за сложного стечения обстоятельств психология и психиатрия лишились этого уникального средства для исследований и мощного терапевтического инструмента. Я считаю, что очень важно прояснить споры и недоразумения, что даст надежду на возможное продолжение исследований ЛСД в будущем или завершит эту замечательную главу в истории психиатрии. Эффективность и безопасность психоделических веществ проверялась веками и даже тысячелетиями. Многие культуры на протяжении человеческой истории успешно использовали их в контексте шаманских практик, целительских церемоний и религиозных ритуалов. Есть вероятность, что в будущем мы вернемся к исследованиям в этой области, вооружившись уроками прошлого. Но даже если этого не случится, уже накопленный материал обладает огромным теоретическим значением и эвристической ценностью.

Многие наблюдения из психоделических исследований имеют такое фундаментальное значение и настолько революционны по своей природе, что ни один серьезный ученый, занимающийся человеческим разумом, не должен их игнорировать. Они обнаруживают острую необходимость в радикальном пересмотре некоторых наших теоретических концепций и даже основной научной парадигмы. Некоторые новые открытия и прозрения касаются расширенной модели психики, мощных механизмов терапевтических изменений и личностной трансформации, стратегий и целей психотерапии и роли духовности в жизни человека. Значение этих новых знаний не зависит от будущего ЛСД психотерапии. Они напрямую применимы в эмпирической психотерапии, использующей различные нефармакологические техники достижения глубинных областей психики, например, гештальт-практика, биоэнергетика и другие нео-райхианские подходы, первичная терапия и различные методы ребефинга. Все эти методы, по существу, имеют то же направление, что и психоделическая терапия, но полное использование их потенциала и их дальнейшее развитие сдерживаются смиренной рубашкой устаревших концептуальных моделей. Новые данные также имеют отношение и к другим областям, в которых необычные состояния сознания вызываются нехимическими путями. В качестве важных примеров здесь можно упомянуть творческое применение гипноза, «игры ума» разработанные Робертом Мастерсом и Джин Хьюстон, новые лабораторные техники изменения сознания, такие, как биологическая обратная связь, сенсорная изоляция и перегрузка, использование кинестетических устройств. В этом контексте также нужно подчеркнуть, что новая картография психики, появившаяся в результате исследований психоделиков, содержит и объединяет определенные существенные элементы различных духовных традиций. Это важный шаг в устранении колоссальной пропасти, существовавшей ранее между религиозными системами и различными направлениями психологии, за исключением юнгианского направления и психосинтеза Ассаджоли.

Теоретическое значение психоделических исследований выходит далеко за пределы сфер психологии и психотерапии. Оно также имеет непосредственное или потенциальное отношение к целому спектру других дисциплин, включая антропологию, социологию, политику, общую медицину, акушерство, танатологию, религию, философию, мифологию и искусство.

Наиболее удивительные и потрясающие связи имеются между психоделическим материалом и современной физикой. Некоторые вызывающие наблюдения из ЛСД сеансов, которые невозможно согласовать с Ньютоно-картезианской моделью и вписать в неё, выглядят идеально совместимыми с мировоззрением, основанным на квантово-

релятивистской физике. С точки зрения недавнего быстрого сближения между мистицизмом, физикой и сознанием, данные исследований ЛСД могут внести огромный вклад в наше понимание природы реальности.

Станислав Гроф
Биг Сур, Калифорния
Апрель 1979

Благодарности

Завершив работу над этой книгой, я бы хотел вспомнить с глубокой благодарностью друзей, оказавших мне важную помощь на разных стадиях этого проекта. Доктор Джордж Рубичек, бывший доцент Департамента Психиатрии в Медицинской Школе Карлового Университета, был моим первым наставником и руководителем, а также ведущим моего первого ЛСД сеанса в 1956. Этот опыт стал началом моего глубокого интереса и неизменной преданности исследованиям необычных состояний сознания. Доктор Милош Войтеховски был главой междисциплинарной команды, с которой я начал свои исследования психоделических препаратов. Он познакомил меня с несколькими новыми психоделическими веществами и научил меня основам научного познания и его методологии.

Немалая часть работы, имевшей огромное значение для развития представленных в этой книге идей, была проведена Институтом Психиатрических Исследований в Праге, Чехословакия. Его директор, Любомир Ханзличек, на протяжении всех лет моих клинических исследований ЛСД демонстрировал необычайное понимание и поддерживал это неконвенциональное научное приключение. Я также чувствую глубокую признательность моим коллегам в институте за их помощь и медсестрам за преданность и энтузиазм.

Моя первоначальная работа в США стала возможной благодаря щедрому гранту Фонда Пожертвований для Исследований в Психиатрии в Нью-Хейвене, Коннектикут. Доктор Джоэл Эллес, профессор Департамента Психиатрии и Поведенческих Наук в Школе Медицины Университета Джона Хопкинса в Балтиморе пригласил меня в Клинику Генри Фиппса, сначала в качестве научного сотрудника и работника клиники, а потом в качестве доцента; он оказал мне неоценимую помощь и руководство во время моего пребывания там.

Период между 1967 и 1973, который я провел в Мерилендском Центре Психиатрических Исследований в Кантонсвилле, Мериленд, был временем захватывающей командной работы с группой увлеченных и продуктивных исследователей. Я бы хотел поблагодарить доктора А.А. Кёрлэнда, бывшего директора центра и помощника уполномоченного по исследованиям в Мерилендском Госдепартаменте Психогигиены, а также моих коллег и друзей из Спринг Гров за их вклад в мою работу и улучшение моей личной жизни.

Институт Эсален в Биг Суре, Калифорния, сыграл очень важную роль в моей жизни. С моего первого визита в 1965 он предоставлял мне множество возможностей для проведения семинаров и симпозиумов, и делиться моим материалом с открытой и симпатизирующей аудиторией. В последние пять лет он стал моим домом и уникальным эмоциональным и интеллектуальным источником. В этой необычайно естественной лаборатории по развитию человеческого потенциала я встретил многих творческих людей, делавших первые шаги в эмпирических психотерапиях и имел возможность связать их работу со своей. Это позволило мне интегрировать наблюдения из ЛСД исследований в более широкий теоретических контекст. Особенно ценными был опыт из серии экспериментальной обучающей программы для профессионалов, которую моя жена Кристина и я проводили в Эсалене. Эти события, органически сочетающие дидактический элемент, интрапсихическое исследование и групповую работу и принимающие широкий спектр гостей от мексиканских и североамериканских шаманов до физиков-теоретиков, стали неоценимым источником вдохновения. Я бы хотел выразить глубочайшую благодарность Майклу и Далс Мёрфи, Ричарду и Крису Прайс, Джулиану Сильверману, Джанет Ледерман, Беверли Сильверман, Грегори и Луису Батесон и всем прочим друзьям в Эсалене за их поддержку и понимание.

Особенно помог из них Рик Тарнас во время предварительной работы над рукописью, а также Кэтлин О'Шонесси в напечатке финальной версии.

Другими друзьями, чей интерес и поддержку я бы хотел с благодарностью отметить, являются Луис и Хазел Валиер, Эдвард Дрессен и Джозеф Чамбзу.

Я глубоко признателен сотням пациентов и ЛСД субъектов, в течение всех лет участвовавших в моих психоделических исследованиях. Без их веры, преданности и отваги эта книга не могла бы быть написана.

Станислав Гроф
Биг Сур, Калифорния
Апрель 1979

1. ИСТОРИЯ ЛСД ТЕРАПИИ

Открытие ЛСД и его психоделических эффектов

Ранние лабораторные и клинические исследования ЛСД

Терапевтическое экспериментирование с ЛСД

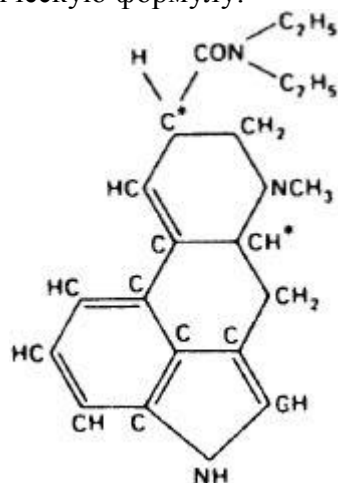
Исследования химиотерапевтических свойств ЛСД

Психотерапия при помощи ЛСД

Необходимость всесторонней теории об ЛСД терапии

ОТКРЫТИЕ ЛСД И ЕГО ПСИХОДЕЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ

ЛСД-25 (или диэтиламид d-лизергиновой кислоты) был впервые синтезирован в 1938 году Альбертом Хофманном в химико-фармацевтической лаборатории Сандоз в Базеле, Швейцария. Как показывает его название, это двадцать пятое соединение, разработанное в ходе систематического исследования амидов лизергиновой кислоты. ЛСД—это полусинтетическое химическое вещество, его натуральная часть—лизергиновая кислота, являющаяся основой всех основных алкалоидов спорыньи, а диэтиламидная группа добавляется в лаборатории. Согласно Столлу, Хофманну и Трокслеру, ЛСД имеет следующую химическую формулу:



Различные алкалоиды спорыньи находят важное применение в медицине, особенно как лекарства, которые могут вызвать сокращения матки, остановить гинекологическое кровотечение и облегчить мигреневые боли. Целью исследований спорыньи компанией Сандоз было получение соединений с наибольшими терапевтическими качествами и наименьшими побочными эффектами. После синтеза ЛСД профессор Эрнст Ротлин провел над ним фармакологическое тестирование. Оно выявило выраженное утеротоническое действие и вызвало возбуждение у некоторых животных. На тот момент эти эффекты не сочли достаточно интересными для дальнейшего изучения.

Уникальные качества нового вещества привлекли внимание исследователей после череды событий, вызванных случайным происшествием. В 1943 году Альберт Хофманн рассматривал результаты ранних фармакологических тестов над ЛСД и решил исследовать

эффект стимуляции центральной нервной системы, выявленный в ходе экспериментов с животными. Ввиду структурного сходства с циркуляторным стимулятором никетамидом ожидалось, что ЛСД окажется аналептиком. Ощукая, что стоит провести более глубокие исследования этого вещества, Альберт Хофманн решил синтезировать новый образец. В любом случае даже наиболее утонченные исследования ЛСД на животных не выявили бы его психоделических эффектов, так как такие специфически человеческие реакции нельзя предположить лишь на основе экспериментов с животными. На помощь исследователям пришло лабораторное происшествие; благодаря странной иронии судьбы Альберт Хофманн невольно стал субъектом одного из наиболее захватывающих и важных экспериментов в истории науки. Работая над синтезом нового образца ЛСД, он случайно контактировал с ним во время очистки продуктов конденсации. Далее приводится описание самим Альбертом перцептивных и эмоциональных изменений, которые он испытал в результате.

В прошлую пятницу, 16 апреля 1943, я был вынужден прекратить свою работу в лаборатории после полудня и отправиться домой, так как я был охвачен своеобразным беспокойством, связанным с ощущением легкого головокружения. По прибытии домой я лег и впал в нечто подобное опьянению, которое не было неприятным и характеризовалось невероятной активностью воображения. Пока я, ошеломленный, лежал с закрытыми глазами (дневной свет казался мне невыносимо ярким), во мне возрастал непрекращающийся поток фантастических образов огромной пластичности и живости, сопровождаемый интенсивной калейдоскопической игрой цветов. Это состояние постепенно прошло через два часа.

Вернувшись в свое обычное состояние сознания, Хофманн смог установить гипотетическую связь между его необычными переживаниями и возможным отравлением веществом, с которым он работал. Однако он не мог понять, как ЛСД мог попасть в его тело в достаточном количестве, чтобы вызвать подобные феномены. Он был также озадачен природой эффектов, кардинально отличающихся от связанных с отравлением спорыньей. Тремя днями позже он намеренно принял известное количество ЛСД, чтобы подтвердить свои предположения серьезным научным экспериментом. Будучи очень консервативным и осторожным, он решил принять лишь 250 микрограмм, которые посчитал мельчайшей дозой в сравнении с обычной дозировкой других алкалоидов спорыньи. В то время он никак не мог знать, что экспериментировал с наиболее сильным психоактивным веществом, известным человечеству. Доза, которую он выбрал и принял безо всякой специальной подготовки или какого бы то ни было знания о психоделических состояниях, сегодня считалась бы высокой дозой, она описана в ЛСД литературе как «одиночная сокрушительная доза». При использовании в клинической практике она предваряется многими часами подготовительной психотерапии и требует обученного и опытного руководителя, чтобы справляться со всеми осложнениями, которые могут иметь место.

Примерно через 40 минут после приема Хофманн начал испытывать головокружение и беспокойство; у него были трудности с концентрацией, нарушения визуального восприятия и сильная немотивированная потребность смеяться. Для него оказалось невозможным вести письменный протокол его эксперимента, как изначально планировалось. Далее приведена выдержка из его последующего отчета, написанного профессору Столлу:

«На этом месте лабораторные записи обрываются. Последние слова были написаны с огромным трудом. Я попросил моего лабораторного ассистента сопроводить меня домой, так как думал, что беспокойство, испытанное в прошлую пятницу, должно повториться. Однако пока мы ехали домой на велосипедах, оказалось, что эффекты гораздо сильнее, чем в первый раз. Мне было очень трудно связно говорить, мое поле зрения раскачивалось передо мной, и предметы казались искаженными, как отражения в кривых зеркалах. У меня было впечатление, что я не могу сдвинуться с места, хотя мой ассистент сказал мне потом, что мы ехали на большой скорости. Когда я добрался до дома, был вызван врач.

«Пока прибыл доктор, пик кризиса уже был позади. Насколько я помню, наиболее примечательными симптомами были следующие: головокружение; визуальные искажения; лица находящихся со мной людей выглядели гротескными, красочными масками; выраженное

моторное беспокойство, перемежающееся с параличом; тяжелое скачкообразное ощущение в голове, конечностях и всём теле, они как бы были наполнены свинцом; сухость и ощущение зажатости в горле; ощущение удушья; ясное осознание своего состояния, при котором я порой созерцал подобно независимому нейтральному наблюдателю, как я почти безумно кричал или лепетал бессвязные слова; время от времени я ощущал, будто нахожусь вне своего тела.

«Доктор обнаружил довольно слабый пульс, но в пределах нормы... Через шесть часов после приема ЛСД мое состояние значительно улучшилось. Лишь визуальные искажения всё ещё отмечались. Всё казалось колеблющимся, и пропорции были искажены, как отражения в поверхности движущейся воды. Более того, все предметы представляли в неприятных, постоянно меняющихся цветах, преобладающими оттенками были болезненные зеленый и синий. Когда я закрывал глаза, передо мной разворачивались бесконечные последовательности красочных, очень реалистичных и фантастических образов. Примечательной чертой была манера, в которой все слуховые восприятия (такие, как шум проезжающей машины) трансформировались в визуальные эффекты, каждый звук пробуждал соответствующую цветную галлюцинацию, постоянно меняющую форму и цвет, как картинки в калейдоскопе. Примерно в час ночи я уснул и проснулся на следующий день с прекрасным самочувствием.

Это был первый запланированный эксперимент с ЛСД, и он драматично и убедительно подтвердил гипотезу Хофмана насчет способности ЛСД изменять сознание. Последующие эксперименты с добровольцами исследовательских лабораторий Сандоз подтвердили экстраординарное влияние этого вещества на человеческий разум.

Следующей важной фигурой в истории ЛСД был Уолтер Столл, сын начальника Хофмана и психиатр в Психиатрической клинике в Цюрихе. Он нашел новое психоактивное вещество весьма интересным и провел первое научное исследование ЛСД с нормальными добровольцами и психиатрическими пациентами. Его наблюдения эффектов ЛСД у этих двух категорий субъектов были опубликованы в 1947. Этот отчет стал сенсацией в научном мире и вызвал необычное количество лабораторных и клинических исследований во многих странах.

РАННИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛСД.

Большинство ранних исследований ЛСД были вдохновлены и подвержены сильному влиянию так называемого «подхода моделированного психоза». Невероятный потенциал ЛСД и тот факт, что бесконечно малые количества этого вещества могли глубоко изменять психическое состояние здоровых добровольцев, дали новый толчок спекуляциям, в основном, насчет биохимической природы эндогенных психозов, особенно шизофрении. Часто наблюдалось, что микроскопических доз ЛСД, между 25 и 100 микрограммами, было достаточно, чтобы произвести изменения в восприятии, эмоциях, мышлении и поведении, напомиравшие наблюдаемые у некоторых шизофренических пациентов. Можно было подумать, что метаболизм человеческого тела при определенных обстоятельствах производит подобные количества аномального вещества, идентичного ЛСД или похожего на него. Согласно этой заманчивой гипотезе, эндогенные психозы наподобие шизофрении это, в первую очередь, не психические расстройства, а проявления самоинтоксикации организма и мозга, вызванные патологическими изменениями в химических процессах организма. Возможность симуляции шизофренических симптомов у здоровых добровольцев и проведения сложных лабораторных тестов и исследования до, во время и после этого временного «моделированного психоза» казался многообещающим ключом к пониманию самого загадочного заболевания психиатрии.

Большинство исследований в первые годы после открытия ЛСД были направлены на подтверждение или опровержение этой гипотезы «моделированного психоза». Её влияние было таким, что в течение многих лет все цели проведения ЛСД-сеансов были связаны только с «экспериментальным психозом», и ЛСД и похожие вещества назывались галлюциногенами, психотомиметиками (соединения, симулирующие психоз) или психодислептиками (препараты, разрушающие душу). Эта ситуация не исправлялась до 1957, когда Хамфри Осмонд после переписки с Олдосом Хаксли придумал более точный термин, «психоделики»

(препараты, проявляющие или открывающие душу). В те годы многие усилия были направлены на точное феноменологическое описание опыта ЛСД и рассмотрение сходств и различий между психоделическими состояниями и шизофренией. Эти описательные исследования имели противовес в виде исследований, изучающих параллели между этими двумя состояниями, что отражалось в нормативах клинических измерений, психологических тестах, электрофизиологических данных и биохимических открытиях. Придавалось большое значение этому исследовательскому направлению, нашедшему выражение в ряде исследований, которые дополнили базовую информацию о действии ЛСД на различные физиологические и биохимические функции, а также на поведение экспериментальных животных, отдельные органы и ткани и на ферментативные системы. Особый интерес с точки зрения гипотезы «моделированного психоза» представляли исследования антагонизма между ЛСД и различными другими веществами. Возможность блокирования ЛСД-состояния предварительным приемом другого лекарства или управления им в момент полного раскрытия ЛСД эффектов виделась, как многообещающее приближение к открытию новых направлений в фармакологической терапии психических нарушений. В это время были сформулированы некоторые биохимические гипотезы, представлявшие причиной шизофрении специфические вещества или целые метаболические циклы. Серотониновая гипотеза, созданная Вулли и Шоу, привлекла особое внимание. Согласно их модели, ЛСД вызывает аномальное ментальное функционирование, вмешиваясь в работу нейромедиатора серотонина. Похожий механизм представляли как биохимическую причину шизофрении.

Это редуccionистское и слишком упрощенное приближение к шизофрении часто критиковалось психоаналитически и феноменологически настроенными клиницистами и исследователями-биохимиками и, в конце концов, было отвергнуто большинством ученых. Становилось всё более очевидно, что состояние, вызываемое ЛСД, имеет много специфических характеристик, четко отделяющих его от шизофрении. К тому же, ни один из биохимических механизмов, предполагавшихся для шизофрении, не был однозначно подтвержден клиническими и лабораторными данными. Хотя подход «моделированного психоза» не решил проблему этиологии шизофрении и не предоставил чудесного «пробирочного» исцеления этого странного заболевания, он стал источником вдохновения для многих исследователей и решающим образом способствовал нейрофизиологической и психофармакологической революции пятидесятых и ранних шестидесятых годов.

Другой областью, в которой необычайные эффекты ЛСД оказались чрезвычайно полезными, было проведение психологами и психиатрами экспериментов на себе. В ранние годы исследований ЛСД учебные ЛСД сеансы рекомендовались в качестве несравненного средства для обучения психиатров, психологов, студентов-врачей и психиатрического персонала. ЛСД сеансы представлялись, как быстрое, безопасное и обратимое путешествие в мир шизофреника. В различных книгах и статьях об ЛСД неоднократно упоминалось, что один психоделический опыт мог значительно повысить способность субъекта понимать психотических пациентов, понимать их чувства и эффективно их лечить. Даже при том, что видение переживаний ЛСД «моделированным психозом» было впоследствии отвергнуто большинством ученых, остается несомненным тот факт, что переживание глубоких психологических изменений, вызываемых ЛСД, это уникальный и ценный познавательный опыт для всех клиницистов и теоретиков, изучающих необычные состояния сознания.

Ранние эксперименты с ЛСД также предоставили новые важные прозрения относительно природы творческого процесса и способствовали более глубокому пониманию психологии и психопатологии искусства. Многим подопытным субъектам, как профессионалам, так и любителям, ЛСД-сеанс подарил глубокий эстетический опыт, который дал им новое понимание современных направлений в искусстве и искусства в целом. Самыми интересными субъектами в экспериментах с ЛСД стали художники, скульпторы и музыканты, так как под влиянием препарата они, как правило, создавали наиболее необычные, нешаблонные и интересные произведения искусства. Некоторым из них удавалось выразить и передать в своих работах природу и особенности психоделического опыта, не поддающегося никакому

словесному описанию. День опыта с ЛСД часто становился ярким и четко различимым поворотным пунктом в развитии некоторых артистов.

Таким же глубоким было влияние исследований ЛСД на психологию и психопатологию религии. Даже при тех непростых и часто затруднительных обстоятельствах, которые сопровождали ранние исследования ЛСД, некоторые субъекты получали глубокий религиозный и мистический опыт, имевший поразительное сходство с описанным в различных священных текстах и писаниях мистиков, святых, религиозных учителей и пророков всех времен. Возможность вызова подобных переживаний химическим путем вызвала и развернула споры о подлинности и ценности этого «мгновенного мистицизма». Несмотря на то, что многие ведущие ученые, теологи и духовные учителя активно обсуждали эту тему, разногласия на тему «химического» и «спонтанного» мистицизма остаются нерешенными до сих пор.

Любые обсуждения различных областей исследований ЛСД будут неполными без упоминания о систематических исследованиях его негативного потенциала. По очевидным причинам результаты этих исследований, проводимых тайными подразделениями полиции и армии многих стран мира, не публиковались, и большая часть информации считается засекреченной. Некоторыми областями, которые изучались в данном контексте, являются вызов чистосердечного признания, получение доступа к секретам и тайной информации, промывание мозгов, выведение из строя иностранных дипломатов и «ненасильственная» война. В работе с индивидами разрушительные техники пытаются использовать вызванное веществом ослабление сопротивления и защитных механизмов, повышение внушаемости и восприимчивости к психологическому давлению и усиление явления переноса. При массовом подходе к ведению химической войны ценность представляет дезорганизующее действие ЛСД на целенаправленную деятельность и его необычайная активность. В качестве техник распространения вещества в такой войне были предложены различные аэрозоли и загрязнение запасов воды. Все, кто хоть отдаленно знаком с эффектами ЛСД, увидят такой вариант химической войны ужаснее любых обычных подходов. Попытки называть его ненасильственным или гуманным являются грубым искажением фактов.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАНИЕ С ЛСД

С точки зрения нашей беседы, наиболее важным направлением в исследованиях ЛСД была экспериментальная терапия при помощи этого вещества. Наблюдения значительных и глубоких эффектов, которые оказывали минимальные дозы ЛСД на психические процессы субъектов экспериментов, естественно, привели к выводу, что могло оказаться крайне полезным исследовать терапевтический потенциал этого необычного соединения.

Возможность терапевтического использования ЛСД была впервые предложена Кондрои в 1949, всего через два года после того, как Столл опубликовал первые научные исследования ЛСД в Швейцарии. В ранних пятидесятых различные исследователи независимо рекомендовали ЛСД в качестве дополнения к психотерапии, которое могло бы углубить и интенсифицировать терапевтический процесс. Пионерами данного подхода были Буш и Джонсон и Абрамсон в США; Сандисон, Спенсер и Уайтлоу в Англии; и Фредеркинг в Западной Германии.

Эти сообщения привлекали значительный интерес среди психиатров и побуждали клиницистов различных стран мира начать экспериментировать в своей собственной терапевтической и исследовательской практике. Многие сообщения, опубликованные в последующие пятнадцать лет, подтверждали первоначальные утверждения о том, что ЛСД может ускорять психотерапевтический процесс и уменьшать время, необходимое для лечения различных эмоциональных расстройств, что делало его потенциально полезным инструментом в психиатрическом арсенале. К тому же, появлялось растущее число исследований, показывающих, что психотерапия с использованием ЛСД могла помочь определенным категориям пациентов, ранее считавшихся неподходящими для психоанализа или любого другого вида психотерапии. Многие отдельные исследователи и терапевтические группы сообщали о клинических успехах, достигнутых в разных степенях с алкоголиками,

наркозависимыми пациентами, социопатами, криминальными психопатами и субъектами с различными личностными расстройствами и сексуальными девиациями. В ранних шестидесятых была открыта новая и удивительная область ЛСД-психотерапии: работа с пациентами, умирающими от рака и других неизлечимых болезней. Исследования с умирающими индивидами показали, что ЛСД психотерапия могла дать не только облегчение эмоциональных страданий и физической боли, связанной с хроническими заболеваниями, но могла также глубоко изменить понимание смерти и отношение к умиранию.

С моментом появления первых клинических отчетов об ЛСД много времени и энергии было направлено на исследование его терапевтического потенциала, и были опубликованы сотни статей о различных типах ЛСД терапии. ЛСД терапия обсуждалась на многих психофармакологических, психиатрических и психотерапевтических конференциях. В Европе первоначально обособленные усилия отдельных исследователей ЛСД вылились в попытку создать единую организационную структуру. ЛСД терапевты ряда Европейских стран образовали Европейское Медицинское Общество Психолитической Терапии, члены которой проводили регулярные встречи на тему использования психоделических препаратов в психотерапии. Эта организация также сформулировала нормативы и критерии для выбора и обучения будущих ЛСД терапевтов. Аналогом этой организации в США и Канаде была Ассоциация Психоделической Терапии. В течение десятилетия наиболее сильного интереса к исследованиям ЛСД было организовано несколько международных конференций для обмена опытом, наблюдениями и теоретическими взглядами на эту сферу (Принстон 1959, Гёттинген 1960, Лондон 1961, Амитивилль 1965, Амстердам 1967, Бад Наухайм 1968).

Попытки использовать ЛСД в лечении психических нарушений теперь охватывают почти три десятилетия. Было бы излишним в этой главе описывать все различные вклады, внесенные в эту уникальную главу истории психотерапии, как и уделять внимание всем отдельным ученым, участвовавшим в этом направлении исследований. История ЛСД-терапии была чередой проб и ошибок. В течение прошедших тридцати лет было открыто и разработано множество различных техник терапевтического использования ЛСД. Подходы, не принесшие ожидаемых результатов или не подкрепленные дальнейшими исследованиями, были оставлены; те же, которые казались многообещающими, были освоены другими терапевтами или получили дальнейшее развитие и были усовершенствованы. Вместо описания всех стадий этого сложного процесса я постараюсь выделить определенные основные направления и наиболее важные терапевтические идеи и концепции. Три десятилетия ЛСД терапии это достаточно долгий период накопления клинических наблюдений и проверки полученных данных. Поэтому мы можем сделать обзор клинического опыта в данной области, обобщить имеющиеся знания о ценности ЛСД в качестве терапевтического средства в психиатрии и описать безопаснейшие и наиболее эффективные приемы его использования.

Различные предложения насчет терапевтического использования ЛСД были основаны на специфических аспектах его действия. Частые случаи эйфории на ЛСД-сеансах с нормальными добровольцами наталкивали на мысль, что этот препарат может быть полезен в лечении депрессивных расстройств. Глубокий и порой сокрушительные действие ЛСД как на психологические, так и на физиологические процессы, доходящий до эмоционального или вегетативного шока, показывал, что он, наверное, может иметь терапевтический потенциал, сравнимый с электрошоком, инсулиновым шоком или другими формами судорожной терапии. Эта концепция была поддержана наблюдениями поразительных и глубоких изменений клинической симптоматики и структуры личности некоторых субъектов после принятия единственной дозы ЛСД. Другим аспектом действия ЛСД, казавшимся многообещающим с терапевтической точки зрения, была способность этого препарата способствовать интенсивному высвобождению эмоций. Терапевтический успех таких абреактивных техник, как гипноанализ и наркоанализ, в лечении военных неврозов и травматических эмоциональных неврозов вдохновлял на исследования этого свойства ЛСД. Ещё одна интересная возможность терапевтического применения была основана на активирующем или «провоцирующем» эффекте ЛСД. Препарат может мобилизовать и интенсифицировать

фиксированные, хронические и неподвижные клинические состояния, характеризующиеся лишь несколькими вялыми и неподдающимися воздействию симптомами, и было сделано предположение, что такая активация, вызванная химическим путем, может сделать эти так называемые малосимптомные состояния более податливыми для обычных методов лечения. Наиболее важное применение ЛСД было обнаружено в его совмещении с индивидуальной и групповой психотерапией различных направлений. Его эффективность основана на очень благоприятной комбинации разных аспектов его воздействия. ЛСД психотерапия, похоже, усиливает все механизмы, участвующие в немедикаментозных видах психотерапии, и вовлекает при этом некоторые новые и мощные механизмы психологических изменений, до сих пор не признанные и не подтвержденные психиатрией мейнстрима.

В следующих разделах я опишу наиболее важные области терапевтического экспериментирования с ЛСД, предоставлю действенные техники и подходы лечения, и обсужу их практические и теоретические основы. Особое внимание будет уделено оценке того, насколько успешно отдельные подходы выдержали проверку временем.

ИССЛЕДОВАНИЯ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛСД

Подходы, которые будут обсуждаться в этом разделе, основаны на разных клинических наблюдениях и теоретических предпосылках; их общий знаменатель—это использование ЛСД в качестве химиотерапевтического агента, имеющего определенные благотворные эффекты просто за счет положительных свойств его фармакологического действия. Авторы этих техник либо не были осведомлены об огромном значении нефармакологических факторов, или никак особенно не использовали эти факторы. Если в этих подходах психотерапия и использовалась, то несла только вспомогательную функцию и имела поверхностный характер, без какой-то согласованной связи с опытом ЛСД.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЙФОРИЧЕСКИХ И АНТИДЕПРЕССИВНЫХ ЭФФЕКТОВ ЛСД

Когда Кондрои предложил применять ЛСД против депрессии на основе его эйфорического воздействия на некоторых субъектов, он подражал модели опиумного лечения. Он давал малые и постепенно возрастающие ежедневные дозы ЛСД депрессивным пациентам и ожидал облегчения депрессии и позитивных перемен в настроении. Согласно утверждениям Кондрои, результаты не были убедительными, и наблюдаемые изменения не выходили за рамки обычных спонтанных колебаний. Он также заметил, что приём ЛСД обычно проявлялся в углублении первоначального состояния, а не в вызове эйфории.

Те же результаты были получены другими авторами, использовавшими либо модель Кондрои ежедневного приема ЛСД депрессивными пациентами, либо отдельные введения средних доз ЛСД с целью развеять депрессию. Отрицательные или неубедительные клинические эксперименты были опубликованы Беккером, Андерсоном и Роунсли, Рубичек и Срнек и другими.

В общем и целом, результаты этого подхода к ЛСД терапии не оправдывали продолжение исследований в этом направлении. Клинические исследования ясно показали, что ЛСД сам по себе не оказывает на депрессию никакого четкого фармакологического действия, которое могло бы быть использовано терапевтически, и этот подход был оставлен.

СВОЙСТВО ЛСД ВЫЗЫВАТЬ ШОК И ЕГО ЭФФЕКТ НА СТРУКТУРУ ЛИЧНОСТИ

В раннем периоде ЛСД исследований некоторые авторы предполагали, что глубокий и ошеломительный опыт, вызываемый ЛСД, мог бы оказать на некоторых пациентов позитивное действие, сравнимое с эффектом различных методов судорожной терапии, таких, как электрошок, терапия инсулиновой комой или кардиозоловый и ацетилхолиновый шок. Время от времени сообщалось о неожиданных и существенных клинических прорывах у пациентов после единственного сеанса ЛСД. Наблюдения такого рода были описаны в публикациях Столла, Беккера, Бенедетти, Белсанти, и Джиберти, Грегоретти и Боери.

Вдобавок, росло число сообщений, наталкивающих на мысль, что иногда одиночный прием ЛСД мог оказать глубокое влияние на структуру личности субъекта, его систему ценностей, базовых стремлений и общего образа жизни. Эти перемены были столь глубокими, что могли быть сравнимы с психологической конверсией [2]. Многие исследователи ЛСД

делали похожие наблюдения и осознавали потенциальную терапевтическую ценность этих трансформирующих переживаний. Основной проблемой их систематического использования в терапевтических целях был тот факт, что они обычно происходили спонтанно, без видимой причины, и часто неожиданно для пациента и терапевта. Пока переменные, определяющие такие реакции, не были поняты, целительные трансформации такого рода было нелегко воспроизводить. Тем не менее, именно эта категория наблюдений и систематических попыток вызвать сходные переживания более предсказуемым и контролируемым образом в итоге вылилась в развитие важного лечебного направления, называемого психоделической терапией. Основные принципы этого терапевтического подхода будут описаны позже.

В общем, ЛСД, несомненно, может вызывать у пациента или подопытного субъекта глубокий эмоциональный и вегетативный шок. Шоковый эффект при этом является скорее дезорганизующим и разрушительным, чем исцеляющим, если только он не происходит в специальном контексте, ситуации мощной психологической поддержки и после тщательной подготовки. Механизм этих преобразований слишком непредсказуемый, стихийный и капризный, чтобы полагаться лишь на непосредственное терапевтическое действие.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АБРЕАКТИВНОГО ЭФФЕКТА ЛСД.

Многие наблюдения из ранних опытов с ЛСД ясно показали, что этот препарат может вызывать повторное переживание различных эмоционально значимых событий младенчества, детства или последующей жизни. В случае травматических воспоминаний этот процесс предварялся и сопровождался мощным высвобождением эмоций и катарсисом. Это логически подталкивало к исследованию ценности ЛСД, как средства для абреактивной терапии, по аналогии с ранним использованием эфира, быстродействующих барбитуратов или амфетаминов в подобных случаях.

С исторической и теоретической точки зрения этот механизм восходит к ранним концепциям Фрейда и Беккера. Согласно им, недостаточная эмоциональная и моторная реакция пациента на исходное травмирующее событие приводит к эффекту «зажима»: подавленные эмоции (“abgeklemmter Affect”) впоследствии обеспечивают энергию для невротических симптомов. Лечение в этом случае состоит в повторном проживании травмирующих воспоминаний в таких обстоятельствах, которые сделают возможным запоздалое выведение этой эмоциональной энергии к поверхности и её разрядку через перцептуальные, эмоциональные и моторные каналы. С практической точки зрения, абреактивный метод оказался особенно полезным в лечении травматических эмоциональных неврозов и стал популярен во время Второй Мировой Войны, как быстрое и эффективное лечение истерических конверсий в боевой обстановке.

Вряд ли найдется хоть один ЛСД терапевт, который бы усомнился в уникальных абреактивных свойствах ЛСД. Но было бы чрезмерным упрощением подходить к ЛСД-лечению и понимать его только как терапию абреакцией. Это ясно показали контролируемые исследования Робинсона. Нынешнее мнение состоит в том, что абреакция это важный компонент ЛСД психотерапии, но она представляет собой лишь один из многих терапевтических механизмов, вызываемых комплексным воздействием этого лекарства.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ЛСД В СЛУЧАЕ ХРОНИЧЕСКИХ И ФИКСИРОВАННЫХ СИМПТОМОВ

Данный подход был вдохновлен клиническим опытом интенсифицирующего и мобилизующего действия ЛСД на проявленные и скрытые психопатологические симптомы. Принцип активации или «провокационной» терапии с использованием ЛСД был разработан теоретически и применен в практике австралийским исследователем Жостом. Данная концепция была основана на клинических наблюдениях интересных отношений между природой и течением психотического процесса и прогнозом этого заболевания. Стал общеизвестным клинический факт, что острые шизофренические эпизоды с мощными, богатыми и яркими симптомами имеют очень хороший прогноз. Они часто переходят в спонтанную ремиссию, и терапия в таких случаях обычно очень успешна. И наоборот, у шизофренических состояний с бессимптомным и скрытым течением, несколькими вялыми и

застойными симптомами и стабильным курсом самый безрадостный прогноз, и они очень слабо поддаются обычному лечению.

Проанализировав большое количество траекторий шизофренических эпизодов, Жост пришел к выводу, что можно выделить определенную точку кульминации в естественном течении психоза, после которой заболевание показывает тенденцию к спонтанной ремиссии. В случае шизофрении эти точки кульминации обычно характеризуются галлюцинаторными переживаниями смерти или уничтожения, потери целостности тела, регрессии или превращений. За этими негативными эпизодами далее следуют фантазии или переживания возрождения.

Предположение такой кульминационной точки в спонтанном течении болезни, согласно Жосту, могло бы объяснить некоторые непонятные наблюдения, сделанные в ходе электрошоковой терапии. Так как ЭШТ, похоже, усиливает спонтанное развитие болезни в прежнем русле, то очень важно то, в какой момент она применяется. Если электрошок назначается прежде, чем психоз достигает своей кульминации, это приводит к драматичным проявлениям и усиливает клиническую картину. Если он делается после того, как точка кульминации достигнута, это приводит к быстрому успокоению пациента и исчезновению симптомов.

Жост и Викари в своем практическом подходе хотели ускорить спонтанное развитие болезни, совмещая химический и электрофизиологический методы, пробуждая автономные целительные силы и процессы самого организма. Они давали ЛСД, и когда клиническое состояние было активировано его воздействием, применяли электросудорожную терапию. Авторы описывали существенное сокращение шизофренического эпизода, уменьшение количества необходимых для каждого клинического сдвига электрошоков и часто более стойкую ремиссию.

Сэндисон и Уайтлоу, двое британских исследователей и пионеров изучения ЛСД, использовали простой принцип применения обычной техники лечения к пациентам, чье клиническое состояние было активировано при помощи ЛСД. Однако вместо ЭШТ они использовали транквилизирующий эффект хлорпромазина (Торазин). В их исследовании психотическим пациентам разных диагностических групп давался ЛСД, а двумя часами позднее—внутримышечная инъекция транквилизатора. Хотя результаты казались многообещающими, сами авторы позднее отвергли идею, что введение хлорпромазина сыграло положительную роль в этой процедуре.

В целом, идея провокационной терапии не нашла широкого признания в клинической практике и ограничилась описанными выше попытками. Тем не менее, теоретические рассуждения Жоста содержат несколько интересных идей, которые могут оказаться очень полезными, если их применять более динамическим и креативным образом. Основной принцип активации фиксированных симптомов при помощи ЛСД может быть использован в контексте интенсивной психотерапии; одиночный сеанс ЛСД часто может помочь преодолеть застой в долгом психотерапевтическом процессе. Также идеи Жоста о внутренней траектории психотического процесса и о ценности его ускорения, в целом, согласуются с определенными современными подходами к шизофрении, описанными в трудах Р.Д. Лэйнга, Джона Перри, Юлиан Сильверман и Мориса Рапппорта. Также, наблюдения относительно концепции Жоста о кульминационном моменте шизофренического процесса и специфических переживаниях, связанных с её переломным моментом, приобретают новое значение, если рассматривать их в контексте динамических матриц бессознательного, а не с точки зрения механистической модели Жоста. Мы обсудим эту тему детально в связи с перинатальными матрицами и терапевтическим значением переживания смерти эго и возрождения.

ПСИХОТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛСД

Как следует из вышеприведенного обзора терапевтических экспериментов с ЛСД, попытки использовать лишь фармакологические свойства этого препарата не принесли положительных результатов. Концепция ЛСД, как просто химиотерапевтического агента, была оставлена всеми серьезными исследователями данной области. Использование ЛСД, как

активирующего вещества по модели Жоста и Викари, не нашло места в клинической практике, по крайней мере, в его первоначальной механистической форме. Абреактивное действие ЛСД было высоко оценено, но обычно считается лишь одним из многих механизмов, действующих в ЛСД терапии. Шоковый эффект ЛСД сам по себе не может считаться лечебным; если он не имеет место в специально выстроенной ситуации, он может принести скорее вред, чем благоприятный результат. Трансформирующее воздействие ЛСД на структуру личности это четко установленный клинический факт; тем не менее, появление этого феномена при неструктурированном приеме ЛСД редко, непредсказуемо и капризно. Необходимы специальная подготовка, доверительные терапевтические отношения, психологическая поддержка и специально простроенная обстановка и установка (set and setting), чтобы использовать этот аспект воздействия ЛСД в терапевтических целях.

Похоже, что на сегодняшний день ЛСД терапевты, в основном, сходятся во мнении, что терапевтический исход сеансов ЛСД критически зависит от факторов нефармакологического плана (экстрафармакологические переменные). Препарат сам собой считается катализатором, который неспецифическим образом усиливает бессознательные процессы. То, будет ли проявление бессознательного материала целительным или разрушительным, не зависит от простого биохимического и физиологического действия ЛСД. Это комбинация ряда немедикаментозных переменных, таких, как структура личности субъекта, его взаимоотношения с ведущим, ситтером или присутствующими на сеансе лицами, природа и степень специальной психологической помощи, а также обстановка и установка психоделического опыта. По этой причине все подходы, пытающиеся использовать ЛСД просто в качестве очередного химиотерапевтического агента, по большому счету, обречены на провал. Это не означает, что невозможно извлечь пользу из опыта ЛСД, если лекарство принимается не в простроенной ситуации. Тем не менее, экстрафармакологические факторы оказывают такое глубокое влияние на сеанс ЛСД и его результат, что невозможно достоверно предсказать степень и форму терапевтического успеха, если немедикаментозные переменные не будут достаточно пониматься и контролироваться. Так, оптимальное использование ЛСД в терапевтических целях должно всегда включать прием препарата в рамках сложной психотерапевтической программы; такой подход дает наилучшие терапевтические возможности. В этой связи потенциал ЛСД кажется поистине выдающимся и уникальным. Способность ЛСД углублять, усиливать и ускорять психотерапевтический процесс несравненно больше, чем у любых других препаратов, используемых в качестве дополнения к психотерапии, за исключением, возможно, некоторых других представителей психоделической группы, таких, как псилоцибин, мескалин, ибогаин, МДА (метилен-диоксифетамин) или ДПТ (дипропилтриптамин).

В профессиональной литературе совмещение ЛСД с различными формами психотерапии связано со многими названиями: психолиз (Сандисон), психоделическая терапия (Осмонд), символиз (ван Рижн), гебесинтез (Абрамсон), лизерганиз (Гиберти и Грегоретти), онейроанализ (Делэй), ЛСД анализ (Мартин и МакКририк), трансинтегративная терапия (МакЛэйн), Гипноделическое лечение (Левин и Людвиг) и психосинтез (Рокуэт). Отдельные терапевты, применявшие ЛСД психотерапию, различались преимущественно в отношении используемой дозировки, частоты и общего количества психоделических сеансов, интенсивности и вида психотерапевтической работы и определенных особенностей обстановки и установки.

С точки зрения всех этих различий и вариаций, любое всестороннее обсуждение истории ЛСД психотерапии требовало бы отдельного описания всех отдельных терапевтов и терапевтических групп. Также возможно, с долей чрезмерного упрощения, выделить определенные базовые направления использования ЛСД в психотерапии. Эти направления делятся на две основные категории, различающиеся значением, придаваемым роли препарата. Первая категория включает подходы, в которых акцент делается на систематической психотерапевтической работе; ЛСД используется для форсирования терапевтического процесса или преодоления сопротивлений, блоков или периодов застоя. Подходы второй

категории характеризуются гораздо большим упором на особые аспекты лекарственного опыта, а психотерапия используется, чтобы подготовить субъектов к лекарственным сеансам, дать им поддержку во время переживаний и помочь им интегрировать материал.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛСД В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

За годы терапевтического экспериментирования систематически происходили попытки использования небольших доз ЛСД для усиления динамики индивидуальной или групповой психотерапии. Вообще, недостатки такого подхода обесценивают его потенциальную пользу. Использование малых доз не экономит много времени, так как не укорачивает продолжительность действия вещества настолько, насколько уменьшает его глубину и интенсивность. К тому же, риски, связанные с использованием небольших доз у психиатрических пациентов, не обязательно ниже, чем относящиеся к сеансам с сильными дозами. Гораздо выгоднее во время курса систематической долговременной психотерапии проводить редкие сеансы ЛСД с использованием средних или высоких доз в случаях недостаточного терапевтического прогресса. В следующем тексте мы кратко опишем каждый из вышеупомянутых подходов.

Использование малых доз ЛСД в интенсивной психотерапии.

В этом направлении лечения пациенты участвуют в систематическом курсе долговременной психотерапии, и в каждом сеансе они находятся под влиянием слабых доз ЛСД между 25 и 50 микрограммами. Акцент явно делается на психотерапии, а ЛСД используется, чтобы интенсифицировать и углубить обычные психодинамические процессы. В этих обстоятельствах защитные механизмы ослаблены, психологическое сопротивление понижается, а воспроизведение вытесненных воспоминаний значительно усилено. Также ЛСД обычно во всех отношениях усиливает отношения переноса и облегчает для терапевта и пациента ясное понимание природы происходящих процессов. Под влиянием препарата пациенты обычно проявляют большую готовность встретиться с подавленным материалом и принять существование в них глубоких инстинктивных стремлений и конфликтов. Ко всем ситуациям на этих ЛСД сеансах применяются соответствующие модификации техник динамической психотерапии. Содержание самого опыта интерпретируется и используется практически так же, как содержание сновидений в обычной немедикаментозной психотерапии. В прошлом этот подход использовался, в основном, в сочетании с психоаналитически ориентированной психотерапией, хотя он теоретически и практически совместим со многими другими техниками, такими, как Юнгианский анализ, биоэнергетика и другие нео-райхианские практики и Гештальт-практика.

Использование малых доз ЛСД в групповой психотерапии

В этом направлении лечения все участники групповой психотерапии, за исключением ведущих, находятся под воздействием малых доз ЛСД. Основная идея состоит в том, что активация индивидуальных динамических процессов приведет к более глубокой и эффективной групповой динамике. Результаты этого подхода не были особо вдохновляющими. Согласованная и объединенная групповая работа обычно возможна только при маленьких дозах ЛСД, не оказывающих очень глубокого психологического воздействия на членов группы. Если дозировка увеличивается, групповая динамика, как правило, распадается, и становится всё труднее заставить группу работать организованно и координированно. Каждый участник переживает сеанс в своем уникальном русле, и большинству оказывается сложно пожертвовать своим индивидуальным процессом ради необходимости групповой сплоченности.

Альтернативный подход к групповому психоделическому опыту, который *может* быть очень продуктивным, это его ритуальное использование, применявшееся определенными группами аборигенов: церемонии пейота Церкви Коренных Американцев или индейцев Уичоль, церемонии яге индейцев Амахуака и Живаро, прием священных грибов (*Psilocybe Mexicana*) мацатеками для целительства или в ритуальных целях, или ибогаиновые ритуалы некоторых племен в Габоне и примыкающих частях Конго. Здесь обычно происходит выход за пределы вербального взаимодействия и интеллектуального уровня, и групповая связь

достигается невербальными способами, такими, как коллективное отстукивание ритма, битье в барабаны, пение и танец.

После нескольких попыток провести традиционную групповую психотерапию, когда все её участники были под воздействием ЛСД, эта техника была оставлена. Однако общение с группой или контакт с другими пациентами во время завершающего периода индивидуального ЛСД сеанса может стать очень полезным и продуктивным опытом. Ассистирование организованной группы трезвых товарищей может быть особенно полезно в проработке некоторых остаточных проблем лекарственного сеанса. Комбинация новых эмпирических техник, разработанных для применения в группе, тоже может быть очень ценной в этом контексте. Другой полезной техникой является совмещение индивидуально переживаемых ЛСД сеансов с последующим анализом и обсуждением материала в безлекарственных групповых сеансах с участием всех участников ЛСД программы.

Редкое использование ЛСД сеансов в интенсивной психотерапии.

Этот подход предполагает регулярную, систематическую, долговременную психотерапию, изредка прибегающую к сеансу ЛСД. Принимаемые в этом контексте дозы колеблются от средних до высоких, обычно между 100 и 300 микрограммами. Целью этих психоделических сеансов является преодоление мертвых точек психотерапии, усиление и ускорение терапевтического процесса, понижение сопротивления и получение нового материала для дальнейшего анализа. Одиночный сеанс ЛСД, примененный в критический момент, может привести к значительно более глубокому пониманию симптомов клиента, динамики его или её личности и природы проблем переноса. Столкновение с собственным бессознательным разумом, воспоминание и повторное переживание вытесненных биографических событий, проявление важного символического материала и усиление терапевтических взаимоотношений, вытекающее из одиночного сеанса ЛСД, часто может дать мощные стимулы для дальнейшей психотерапии.

ТЕХНИКИ ЛСД ТЕРАПИИ

Хотя психотерапия это очень важный компонент подходов из этой категории, основное ударение ставится на особенности лекарственного опыта. Используемые психотерапевтические техники совершенствуются и приспосабливаются к природе ЛСД состояния, чтобы целостно и органично соединить их с психоделическим процессом

Психолитическая терапия при помощи ЛСД

Термин *психолитический* был придуман британским исследователем и пионером ЛСД терапии, Рональдом А. Сандисоном. Корень «литический» (от греческого слова «лизис»--растворение) относится к процессу облегчения напряжения, разрешения конфликтов в психике. Не следует путать его с термином «психоаналитический» (анализ души). Этот метод лечения в теории и клинической практике представляет собой расширение и усовершенствование психоаналитически ориентированной психотерапии. Он включает приемы ЛСД (обычно доз между 75 и 300 мкг) с одно- или двухнедельными интервалами. Число лекарственных сеансов в психолитической серии меняется в зависимости от природы клинической проблемы и терапевтических задач; оно колеблется между пятнадцатью и сотней; в среднем, пожалуй, где-то около сорока. Хотя есть регулярные беседы без приема лекарства в интервалах между сеансами, есть четкий акцент на событиях ЛСД сеансов.

Лекарственные сеансы происходят в темной, тихой и со вкусом обставленной комнате, которая создает домашнюю атмосферу. Терапевт обычно присутствует во время нескольких часов кульминации сеанса, обеспечивая поддержку и специальные интерпретации в случае необходимости. Во время оставшихся часов пациенты пребывают в одиночестве, но могут в случае необходимости позвать терапевта или медсестру. В некоторых ЛСД программах на завершающих стадиях сеанса присутствуют один и более других пациентов в качестве ситтеров, либо пациенту позволяется общаться с персоналом или другими клиентами.

Все феномены, имеющие место во время ЛСД сеансов или в связи с ЛСД терапией, рассматриваются и интерпретируются с позиции основных принципов и техник динамической психотерапии. Тем не менее, определенные особенности работы с ЛСД требуют некоторых

модификаций обычных техник. Среди них большая активность со стороны терапевта, элементы помощи и ухода (например, в случае рвоты, повышенного слюноотделения или выделения слизи, кашля или мочеиспускания), более личный подход, иногда физический контакт и поддержка, психодраматическое соучастие переживаниям пациента, и большая терпимость к поведенческим проявлениям процесса. Это делает психолитическую процедуру похожей на усовершенствованные психоаналитические техники, используемые в работе с шизофреническими пациентами. Необходимо оставить ортодоксальную аналитическую ситуацию, в которой пациент лежит на диване и должен высказывать свои ассоциации, пока отстраненный аналитик сидит в кресле и периодически предлагает интерпретации. В психолитической терапии пациентов тоже просят оставаться в лежащем положении с закрытыми глазами. Однако субъекты ЛСД могут иногда подолгу пребывать в молчании или, наоборот, кричать или издавать нечленораздельные звуки; они могут метаться и вертеться, садиться, становиться на колени, класть голову кому-то на колени, перемещаться по комнате или даже кататься по полу. Требуется гораздо большая личная и интимная вовлеченность, и в лечении часто требуется искренняя человеческая поддержка.

В психолитической терапии все обычные терапевтические механизмы усиливаются гораздо больше, чем в одиночном сеансе ЛСД. Новый специфический элемент—это последовательное, комплексное и систематическое повторное проживание травматических эпизодов детства, связанное с эмоциональной абреакцией, рациональной интеграцией и ценными прозрениями [3]. Терапевтические взаимоотношения обычно значительно усилены, и анализ явления переноса становится существенной частью процесса лечения.

Данью, которую психолитической терапии пришлось отдать своему произрастанию из Фрейдовского психоанализа, стали замешательство и конфликт в отношении духовных и мистических измерений ЛСД терапии. Психолитические терапевты, твердо придерживающиеся фрейдистских концептуальных рамок, склонны препятствовать вхождению их пациентов в области трансцендентальных переживаний, либо интерпретируя эти переживания, как бегство от значимого психодинамического материала, либо относясь к ним, как к шизофреническим проявлениям. Другие же сочли психоаналитические рамки неполными и ограниченными и стали более открытыми расширенной модели человеческой психики. Конфликт касался толкования трансперсональных переживаний в ЛСД терапии и отношения к ним был важен не только с академической точки зрения. В связи с трансцендентальными состояниями возможно большинство терапевтических изменений, так что поощрение этих переживаний или препятствование им может иметь очень большие практические последствия.

Типичными представителями психолитического подхода были Сандисон, Спенсер и Уайтлоу, Бакмэн, Линг и Блэйр в Англии; Андерсен-Хайн и Ван Рижен в Голландии; Джонсен в Норвегии; и Хаснер, Таутерман, Дитрих и Сobotкевица в Чехословакии. Этот подход развивался в Европе и был больше свойственен европейским ЛСД терапевтам. Единственным терапевтом, использующим психолитическую терапию в США, сегодня является Кеннет Годфри из Veterans Administration Hospital в Топеке, Канзас. В прошлом её практиковали Эйсер и Кохен, Чендлер и Хартман, Далберг и другие.

Психоделическая терапия с ЛСД

Этот терапевтический подход отличается от предыдущего во многих важных отношениях. Он был разработан на основе драматичных клинических улучшений и глубоких личностных изменений, наблюдаемых у субъектов, чьи ЛСД сеансы имели очень четкий религиозный или мистический оттенок. Исторически он связан с разработкой уникальной программы ЛСД лечения для алкоголиков, проводимой в ранних пятидесятых Хоффером и Осмондом в Саскатчеване, Канада. Эти авторы были вдохновлены заявленным Дитманом и Уитлеси в США сходством между ЛСД состоянием и белой горячкой. Хоффер и Осмонд сопоставили это наблюдение с клиническим опытом того, что многие хронические алкоголики бросали пить после сокрушительного опыта белой горячки. Первоначально, в своей программе они давали ЛСД пациентам-алкоголикам с намерением отвести их от дальнейшего

употребления алкоголя ужасами симулированной белой горячки. Но парадоксально то, что, похоже, именно глубокие позитивные переживания ЛСД сеансов коррелировались с хорошими терапевтическими результатами. На основе этого неожиданного наблюдения Хоффер и Осмонд совместно с Хаббардом заложили основы техники психоделического лечения.

Основная цель психоделической терапии—создание оптимальных условий для переживания субъектом смерти эго и последующей трансценденции в так называемые психоделические пиковые переживания. Это экстатическое состояние, характеризующееся исчезновением границ между субъектом и объективным миром с последующим ощущением единства с другими людьми, природой, всей Вселенной и Богом [4]. В большинстве случаев это переживание не имеет содержания и сопровождается видениями ярчайшего белого или золотого света, радужного спектра или сложных узоров, напоминающих павлиний хвост. Однако он может быть связан с видениями архетипических образов или священных персонажей разных культур. Субъекты ЛСД дают разные описания этого состояния, основывающиеся на их образовании и интеллектуальной ориентации. Они рассказывают о космическом единстве, *unio mystica*, *mysterium tremendum*, космическом сознании, единстве с Богом, единстве Атман-Брахман, Самадхи, сатори, мокше или гармонии сфер.

Различные варианты психоделической терапии используют различные комбинации элементов для повышения вероятности возникновения на сеансе ЛСД психоделических пиковых переживаний. До самого сеанса обычно есть период немедикаментозной подготовки, проводимой с целью облегчения достижения пиковых переживаний. В этот период терапевт изучает историю жизни пациентов, помогает им понять свои симптомы и уделяет особое внимание личностным факторам, которые могут создать серьезные препятствия для достижения психоделических пиковых переживаний. Важная часть подготовки это постановка терапевтом явного и неявного акцента на потенциале роста пациентов и поощрение достижения ими позитивных ресурсов своей личности. В отличие от обычной психотерапии, которая обычно пускается в кропотливое исследование психопатологии, психоделическая терапия пытается препятствовать озабоченности пациента своими патологическими проявлениями, клиническими симптомами или неподходящими моделями межличностного взаимодействия. В основном, гораздо большее значение имеет выход за пределы психопатологии, а не её анализ.

Порой пациентам даже дается прямой совет и руководство насчет того, как они могут действовать более эффективно. Такой подход очень отличается от беспорядочного и случайного консультирования по поводу жизненных ситуаций, от которого так настойчиво предостерегают психоаналитически ориентированные терапевты. Он не включает специальных предложений в решении важных проблем повседневной жизни, таких, как брак или развод, связи на стороне, искусственные аборты, рождение или не рождение детей, поступление на работу или увольнение. Психоделическое консультирование действует на фундаментальном уровне базовой стратегии жизни, жизненной философии и иерархии ценностей. Среди проблем, которые могут обсуждаться в этом контексте, есть, к примеру, относительность прошлого, настоящего и будущего; мудрость удовлетворенности простыми и всегда доступными в жизни вещами; абсурдность гипертрофированных амбиций и необходимости что-то доказывать себе и окружающим. С практической точки зрения, основные направления психоделического консультирования основаны на наблюдениях за особыми изменениями индивидов, успешно прошедших ЛСД психотерапию. Они вырабатывают такую направленность жизни и подход к ней, которые связаны с отсутствием клинических симптомов и общим чувством благополучия, получением удовольствия от жизни и жизнеутверждающим настроением. Хотя психоделическая философия и жизненная стратегия были выработаны совершенно независимо от работ Абрахама Мэслоу, некоторые принципы этого подхода тесно связаны с его описанием самоактуализирующейся личности и его концепции метаценностей и метамотиваций. Другой важный аспект бесед в подготовительный период это изучение философской ориентации и религиозных верований субъекта. Это очень

кстати с позиции того факта, что психоделические сеансы часто разворачиваются вокруг философских и духовных проблем.

Последний разговор перед лекарственным опытом обычно посвящен техническим вопросам, относящимся конкретно к психоделическому сеансу. Терапевт описывает природу действия препарата и спектр переживаний, которые он может вызвать; особое внимание уделяется важности полной отдачи воздействию препарата и полной психологической сдаче опыту.

В психоделической терапии есть огромный акцент на эстетически богатой обстановке и красивом окружении. ЛСД сеансы проводятся в комнатах, обставленных красивой мебелью, украшенных цветами, картинами, скульптурами и избранными произведениями искусства. Элементы природы приветствуются, насколько возможно. В идеале, лечебное учреждение должно располагаться возле океана, горных хребтов, озер или лесных зон, так как предоставление ЛСД субъектов красоте природы во время завершающего периода сеанса это важная часть психоделической процедуры. Если это невозможно, в лечебную комнату приносятся образцы творений природы: красивые растения в горшках и свежесорванные цветы, коллекции красивых минералов интересных форм, разные экзотические раковины и фотографии захватывающих видов. Свежие и сушеные фрукты, орехи, сырые овощи и другая природная пища являются отличительными предметами арсенала психоделических терапевтов, как и ароматные специи и благовония; это позволяет подключить и запахи, и вкусы к повторному открытию природы. Музыка играет очень важную роль в этом направлении лечения; высококачественный стереофонический проигрыватель, кассетный магнитофон, несколько наборов наушников и хорошая коллекция записей и кассет это стандартное оборудование в комплекте для психоделической терапии. Выбор музыки имеет критическое значение вообще и в связи с разными стадиями сеансов или особых последовательностей переживаний.

Дозы, используемые в этом подходе, очень высоки, от 300 до 1500 мкг ЛСД. Контрастируя с использованием в психолитической терапии серий ЛСД сеансов, психоделическая терапия обычно включает только один сеанс с высокой дозой или, максимум, два или три. Эту процедуру метко называли «одиночной сокрушительной дозой». Во время лекарственного опыта пациентов обычно просят оставаться в лежащем положении с повязкой на глазах и прослушивать стереофоническую музыку через наушники в течение всего периода пика действия вещества. Вербальный контакт обычно пресекается, и во всех случаях, когда потребуется помощь, ему предпочитают различные формы невербального взаимодействия.

Содержание психоделических сеансов обычно имеет четкий архетипический характер и наполнен специфическим символизмом определенных древних и доиндустриальных культур. Некоторые психоделические терапевты поэтому стараются включать во внутреннюю обстановку лечебных комнат элементы восточного и примитивного искусства. Объекты искусства в этом контексте колеблются от индусских и буддийских скульптур, картин и мандал, доколумбовых керамических изделий и египетских статуэток до творчества африканских племен и идолов Полинезии. В предельных случаях такого подхода некоторые ЛСД терапевты жгут ароматные благовония, используют ритуальные объекты определенных духовных традиций и читают отрывки из древних священных текстов наподобие И Цзина или Тибетской Книги Мертвых. Систематическое использование универсальных символов также описывалось, как часть подготовки к психоделическим сеансам.

В психоделическом подходе психодинамическим вопросам уделяется небольшое внимание, если они не особо проявляются и не представляют проблему для лечения. Развитие явления переноса обычно явно или неявно пресекается; ограничение зрительного контакта при помощи повязки на глазах в большинстве сеансов помогает значительно уменьшить частоту появления серьезных проблем такого плана. Наиболее важным терапевтическим механизмом считается психоделическое пиковое переживание, обычно принимающее форму последовательности смерти-возрождения с последующим ощущением космического единства. Ни один теоретик психоделической терапии ещё не сформулировал исчерпывающую теорию

психоделического лечения, которая бы объясняла все происходящие феномены и подтверждалась бы клиническими и лабораторными данными. Существующие объяснения используют рамки и терминологию религиозных и мистических систем или ссылаются на механизмы религиозных преобразований. Некоторые авторы, пытавшиеся предложить физиохимические и нейрофизиологические интерпретации, не смогли уйти в своих рассуждениях дальше общих абстрактных понятий. К ним относятся и объяснения, в которых предполагалось, что ЛСД способствует активации процессов отвыкания и переучивания, активируя стрессовые механизмы организма, или что терапевтический эффект ЛСД основан на химической стимуляции центров удовольствия в определенных архаичных частях мозга. Эта нехватка полноценной теоретической системы представляет важную разницу между психоделическим подходом и психолитической терапией, которая опирается в теории и практике на системы различных школ динамической психотерапии.

Психоделическая терапия никогда не была популярна в Европе и, за несколькими исключениями, не была замечена или принята европейскими терапевтами. Её использование, по большому счету, не выходило за пределы Североамериканского континента, где она и зародилась. Наиболее примечательными её представителями в Канаде были Хоффер, Осмонд и Хаббард, Смит, Чвелос, Блюэт, МакЛин и МакДональд. В Соединенных Штатах истоки психоделической терапии были связаны с именами Шервуда, Хармана, Столяроффа; Фадимана, Могара и Аллена; Лири, Альперта и Мецнера; и Дитмана, Хэймана и Уиттлеси. В течение последних 14 лет работавшая в Катонсвилле, Мэрилэнд, группа психиатров и психологов систематически исследовала возможности психоделической терапии в лечении различных психиатрических проблем, в обучении специалистов по психическому здоровью и в работе с пациентами, умирающими от рака. Эта исследовательская программа поначалу проводилась в Исследовательском Отделе Spring Grove State Hospital, а с 1969 года в Мэрилэндском Центре Психиатрических Исследований в Катонсвилле, Мэрилэнд. Возглавлялась она доктором Альбертом А. Кёрлэндом. Основные принципы этого психоделической терапии, принятые этой группой, и методологический подход к её клинической оценке сформулировал Сэнфорд Унджер. Другие профессионалами, работавшими как ЛСД терапевты и исследователи этой группы, были Цимонетти, Бонни, Лэйхи, ДиЛео, Лобель, МакКэйб, Панке, Ричардс, Раш, Сэвэдж, Шиффман, Соскин, Вольф, Йенсен и Гроф.

Вообще, психоделическая терапия кажется наиболее эффективной в лечении алкоголиков, наркозависимых пациентов, пациентов, страдающих депрессией, и индивидов, умирающих от рака. У пациентов с психоневрозами, психосоматическими нарушениями и личностными неврозами значительные терапевтические изменения обычно не могут быть достигнуты без систематической проработки различных уровней проблем в сериях сеансов ЛСД.

Анаклитическая терапия с ЛСД (ЛСД анализ)

Термин *анаклитический* (от греческого anaklinein – опираться на что-то) относится к различным потребностям и стремлениям раннего младенчества по отношению к объекту прегенитальной любви. Этот метод был разработан двумя лондонскими психоаналитиками, Джойс Мартин и Полин МакКририк. Он основан на клинических наблюдениях глубокой возрастной регрессии, происходившей во время ЛСД сеансов психиатрических пациентов. В такие моменты многие из них повторно проживают эпизоды фрустрации и эмоциональной депривации из раннего младенчества. Это обычно связано с мучительной потребностью в любви, физическом контакте и другими инстинктивными потребностями, испытываемыми на очень примитивном уровне.

Техника ЛСД терапии, применявшаяся Мартин и МакКририк, была основана на психоаналитическом понимании и толковании всех ситуаций и переживаний, происходящих в лекарственном сеансе, и в этом она очень близка к психолитическому подходу. Существенное отличие, отделяющее этот вид терапии от всех других, это элемент прямого удовлетворения анаклитических потребностей пациента. По контрасту с традиционной отстраненной

позицией, характерной для психоанализа и психолитического лечения, Мартин и МакКририк допускали активную материнскую заботу и входили в тесный физический контакт с их пациентами, чтобы помочь им удовлетворить примитивные младенческие потребности, вновь пробужденные препаратом.

Более поверхностные черты этого подхода включали держание пациентов на руках и кормление их теплым молоком из бутылочки, ласки и успокаивающие прикосновения, держание их головы на коленях, объятия или качание. Крайняя психодраматическая вовлеченность терапевта это так называемая «техника слияния», которая состоит в полном телесном контакте с клиентом. Пациент лежит на кушетке, накрытый одеялом, а терапевт лежит рядом с ним, в тесных объятиях, обычно воспроизводя нежные успокаивающие движения матери, ласкающей своего ребенка.

Субъективные рассказы пациентов об этих моментах «слияния» с терапевтом очень примечательны. Они описывали чувства подлинного симбиотического единства с образом питающей матери, испытываемые одновременно на уровне «хорошей груди» и «хорошей матки». В этом состоянии пациенты ощущают себя младенцами, получающими любовь и питание через грудь кормящей матери, и в то же время ощущают полное отождествление с плодом в океаническом раю матки. Это состояние может вместе с тем включать архетипические измерения и элементы мистического восторга, и вышеупомянутые ситуации могут переживаться, как контакт с Великой Матерью или Матерью Природой. Нередко глубочайшая форма этого переживания включает ощущение единства со всем космосом и высшим творящим принципом, или Богом.

Техника единения, похоже, представляет собой важный канал между психодинамическим, биографическим уровнем ЛСД переживаний и трансцендентальными состояниями сознания. Пациенты анаклитической терапии сообщали, что во время их взаимообмена питательными веществами с образом матери, молоко будто «поступало прямо из Млечного Пути». В символическом воспроизведении плацентарного обмена, дающая жизнь кровь может переживаться, как священное единство, не только с материнским организмом, но и со священным источником. Ситуации «единения» часто описывались во всех психологических и духовных вариациях, как полное удовлетворение глубочайших потребностей человеческой природы, и как невероятно целительный опыт. Некоторые пациенты описывали эту технику, как позволяющую ретроспективно вмешаться в их депривированное детство. Когда исходные травмирующие ситуации детства переигрываются во всей полноте и сложности при помощи «психоделической машины времени», забота и участие терапевта могут заполнить пустоту, вызванную депривацией и фрустрацией.

Используемая в этой технике лечения дозировка колеблется от 100 до 200 микрограмм ЛСД, иногда с добавлением риталина в поздние часы сеансов. Мартин и МакКририк описывали достижение хороших и относительно быстрых результатов у пациентов с сильными невротами или пограничными психотическими расстройствами, переживавшими серьезную эмоциональную депривацию в детстве. Их доклады и презентации на научных собраниях, и документальный фильм об анаклитической технике вызвали огромный интерес среди ЛСД терапевтов и разожгли яростные споры. Реакции коллег на это направление лечения расходились от восхищения и энтузиазма до категорического осуждения. Так как большая часть критики со стороны психоаналитически ориентированных терапевтов разворачивалась вокруг нарушения табу на прикосновение и возможных плачевных последствий техники «слияния» в связи с проблемами переноса-контрпереноса, интересно привести ответ самих авторов на этот серьезный протест.

И Мартин, и МакКририк, похоже, были согласны друг с другом в том, что испытывали гораздо большие трудности с явлениями переноса до начала использования техники слияния. Согласно им, именно недостатки взаимоотношений при конвенциональной терапии разжигают и укрепляют перенос. Исходные травмирующие ситуации постоянно разыгрываются в терапевтическом взаимодействии, и пациент, в сущности, испытывает повторение старых травмирующих лишений. Когда анаклитические потребности удовлетворяются в вызванном

препаратом состоянии глубокой регрессии, пациенты способны эмоционально отделиться от терапевта и начинают искать в своей жизни более подходящие объекты.

Эта ситуация имеет сходство с историей раннего развития индивида. Тем детям, младенческие потребности которых были адекватно восприняты и удовлетворены родителями, относительно легко разорвать эмоциональные связи с семьей и начать существовать независимо. В сравнение, индивиды, переживавшие эмоциональную депривацию и фрустрацию в детстве, имеют тенденцию во взрослой жизни застревать в симбиотических паттернах взаимодействия, разрушительном и саморазрушительном зависимом поведении, и на протяжении всей жизни испытывать проблемы зависимости-независимости. Согласно Мартин и МакКририк, критически важно использовать технику слияния только во время периодов глубокой регрессии и оставлять эти переживания исключительно на прегенитальном уровне. Она не должна быть использована на завершающих стадиях сеансов, когда к анаклитическим элементам могут быть легко примешаны взрослые сексуальные паттерны.

Анаклитическая техника никогда не получала широкого признания; её использование, похоже, было тесно связано с особыми чертами характера её создателей. Большинство других терапевтов, преимущественно мужчин, нашли эмоционально сложным и неудобным входить в такую интимную ситуацию слияния со своими клиентами. В любом случае, важность телесного контакта в ЛСД психотерапии остается бесспорной, и многие терапевты обычно использовали различные менее интенсивные формы телесного контакта.

Гипноделическая терапия

Название этой техники лечения получилось в результате совмещения слов «гипноз» и «психоделик». Концепцию гипноделической терапии разработали Левин и Людвиг в попытке соединить в одно целое способность ЛСД убирать психологическую защиту с силой гипнотического внушения. В их подходе техника гипноза использовалась, чтобы провести субъекта через переживания и контролировать содержание и курс ЛСД сеанса.

Отношения между гипнозом и ЛСД состоянием очень интересны и заслуживают краткого упоминания здесь. Фогель и Хоффер сообщали, что им удавалось останавливать действие ЛСД при помощи гипнотического внушения и, наоборот, впоследствии вызывать типичные ЛСД феномены у субъекта, которому в этот день не был введен препарат. Тарт провел очаровательный эксперимент «обоюдного гипноза», в котором два человека, подготовленные и как гипнотизеры, и как субъекты гипноза, продолжали погружать друг друга во всё более глубокий транс. В определенный момент они стали невосприимчивыми к внушениям Тарта и разделили друг с другом сложное внутреннее путешествие, имевшее множество сходств с психоделическими состояниями.

В гипноделическом лечении Левина и Людвиг первая встреча была посвящена изучению клинических симптомов пациента, нынешней жизненной ситуации и истории прошлого. После этого пациента готовили быть субъектом гипноза; основным методом погружения в транс была фиксация глаз в верхней точке. Через десять дней психиатр проводил психоделический сеанс с использованием 125-200 мкг ЛСД. Во время латентного периода, длящегося обычно 30-40 минут при пероральном приеме препарата, пациент подвергался гипнозу, так что к моменту появления эффектов ЛСД он или она обычно пребывали в состоянии транса. Благодаря фундаментальному сходству ЛСД переживаний и явления гипноза переход от гипнотического транса к ЛСД состоянию обычно относительно мягок. Во время кульминационной стадии ЛСД сеанса психиатры пытались использовать эффект препарата для терапевтической работы, используя также их гипнотический раппорт с пациентами. Они помогали пациентам проработать важные проблемы, побуждали преодолевать сопротивления и психологическую защиту, приводили их к соответствующим детским воспоминаниям и способствовали катарсису и абреакции. К концу сеанса пациентам делались постгипнотическое внушение запомнить все детали сеанса и продолжать размышлять над проблемами, которые проявились во время сеанса. Им предоставлялась специальная отдельная комната до конца дня сеанса.

Левин и Людвиг изучали эффективность гипноделической техники в работе с наркозависимыми и алкоголиками. Согласно отчету, такая комбинация приема ЛСД и гипноза оказалась более эффективной, чем каждый из компонентов по отдельности.

Совместная ЛСД психотерапия

В этой форме совместной ЛСД терапии пациенты проживают свои ЛСД сеансы обычно со средними или высокими дозами в компании нескольких со-пациентов, участвующих в этой же программе психоделического лечения. Базовое отличие этого терапевтического подхода от описанной ранее групповой терапии с использованием ЛСД это отсутствие любых попыток координированной работы с группой как с целым во время действия препарата. Главная причина, по которой лекарство давалось одновременно большому числу индивидов, это необходимость сэкономить время терапевтической команды. Несмотря на то, что они находятся в одной и той же комнате, пациенты, в сущности, переживают свои сеансы индивидуально, только с редкими, незапланированными встречами и взаимодействиями стихийной природы. Всей группе обычно предлагается стандартная программа стереофонической музыки, либо может быть сделано несколько отдельных каналов для разных наушников. Иногда объединяющей частью программы сеанса может стать показ слайдов эмоционально важного или провоцирующего материала или картин, воздействующих эстетически, или мандал. Терапевт и его помощники обеспечивают наблюдение за группой; отдельное внимание уделяется только в случае совершенной необходимости. Участники обычно делятся своими переживаниями с другими членами группы на следующий за сеансом день или позже.

Данный подход имеет свои преимущества и недостатки. Возможность работы с несколькими пациентами одновременно это важный фактор с экономической точки зрения и мог бы в будущем дать решение неравновесному соотношению между специалистами по психическому здоровью и психиатрическими пациентами. С другой стороны, недостаток чуткой индивидуальной поддержки может сделать этот вид лечения менее эффективным и менее продуктивным в проработке особенно сложных и взыскательных областей личных проблем. Также в такой коллективной ситуации есть опасность психологической цепной реакции; панические реакции, агрессивное поведение и громкие выражения эмоций отдельных пациентов могут негативно повлиять на переживания их товарищей. Если групповой подход чутко совмещается при необходимости с индивидуальной работой, то его преимущества всё же могут перевесить его недостатки.

Известнейшей лечебной программой такого типа был многосторонний подход к психоделической терапии, разработанный Сальвадором Рокуэтом, мексиканским психиатром и основателем Ассоциации Альберта Швейцера в Мехико. Хотя его терапевтическая программа использовала вместе с ЛСД другие психоделические вещества растительного происхождения, она заслуживает более детального обсуждения в данном контексте. Рокуэт совмещал своё психоаналитическое образование с познаниями в области туземных целительских практик и церемоний различных мексиканских индейских племен и создал новый подход к терапии психоделическими веществами, который назвал психосинтезом. Не нужно путать это с теорией и практикой отдельной психотерапевтической системой, также называемой психосинтезом и разработанной в Италии Роберто Ассаджиоли. Последний подход это совершенно немедикаментозная процедура, хотя её объединяет с психоделической терапией сильный трансперсональный оттенок. В подходе Рокуэта терапия проводилась с группами из 10-28 пациентов разных возрастов и полов. Члены каждой группы тщательно отбирались, чтобы группа получилась как можно более гетерогенной в плане возрастов, пола, клинических проблем, принимаемого психоделического препарата и времени, уже потраченного на психотерапию. Каждая группа включала новичков, только начинавших терапевтическую работу, индивидов в разгаре лечения и пациентов, готовящихся закончить терапию. Важной целью отбора было обеспечение широкого спектра фигур, подходящих для проекций и воображаемых ролей. Различные члены такой разнородной группы могли далее

представлять авторитетные фигуры, отцовские и материнские образы, быть заместителями родных братьев или сестер или объектов полового интереса.

Следуя примеру индейских ритуалов, лекарственные сеансы проводились ночью. Все участники собирались в большой комнате для примерно двухчасового группового обсуждения без лидера. Такие встречи позволяли пациентам познакомиться с новыми членами и обсудить их опасения, надежды и ожидания; встречи также предоставляли участникам хорошую возможность для формирования проекций и переносов, что оказывало важное катализирующее влияние на их лекарственный сеанс и часто давало ценный познавательный опыт. Большая комната для сеанса была украшена картинами и постерами на вызывающие чувства темы. На этих встречах принимали широкий спектр психоделических веществ, включая ЛСД, пейот, разновидности псилоцибиновых грибов, семена ипомеи, *Datura ceratocaulum* и кетамин.

Пациенты проводили большую часть времени в лежачем положении на матрацах, расположенных вдоль стен, хотя им было позволено перемещаться, если захочется. Использовались две стереосистемы, и был доступен широкий набор музыки и звуков для влияния на глубину и интенсивность групповых процессов. Важной частью таких психоделических сеансов было вызывающее сенсорную перегрузку представление, на котором использовались слайды, фильмы, стереоэффекты, ритмические вспышки и разноцветные прожектора. Несколько тем, считавшихся темами ключевой важности, были сплетены в кажущееся беспорядочным и запутанным нагромождение бессвязных образов и звуков. Сюда входили темы рождения, смерти, жестокости, сексуальности, религии и детства. Часть сеанса, посвященная сенсорной перегрузке, длилась около шести часов, а за ней следовала фаза размышлений, продолжавшаяся до восхода солнца. После этого терапевты и все участники отдыхали в течение часа.

Интегративный сеанс включал групповые обсуждения и обмен опытом. Главной целью этой фазы была интеграция материала, проявившегося на лекарственном сеансе, и применение прозрений к проблемам повседневной жизни. В зависимости от ситуации этот процесс занимал от четырех до двенадцати часов. Терапевтический курс состоял из 10-20 лекарственных сеансов в зависимости от природы и серьезности прорабатываемых клинических проблем. Клиентуру, в основном, составляли амбулаторные невротические пациенты, хотя Рокуэт также описывал различные степени успеха с некоторыми антисоциальными личностями и отобранными шизофрениками.

НЕОБХОДИМОСТЬ ВСЕСТОРОННЕЙ ТЕОРИИ ЛСД ТЕРАПИИ

На терапевтическое экспериментирование с ЛСД и на психоделические исследования в целом очень отрицательно повлияло существование черного рынка, бесконтрольного самоэкспериментирования, шумных статей в журналах и иррациональных законодательных мер. Несмотря на то, что ЛСД известен уже почти три десятилетия, описывающая его эффекты и терапевтический потенциал литература противоречива и неполна. Для дальнейшего продвижения в этой области от независимых групп потребуется взаимодействовать и сотрудничать друг с другом для сбора экспериментальных данных и обмена информацией. Впрочем, число мест, в которых изучался ЛСД, сильно сократилось и продолжает уменьшаться. Хотя сейчас прогнозы обширных психоделических исследований довольно мрачны, есть указания на то, что систематические исследования будут возобновлены после прояснения всеобщего недоразумения и возвращения разумности в изучение всех связанных с этим проблем.

Какой бы ни была судьба ЛСД исследований, есть хорошие основания для того, чтобы в простой и всесторонней форме проанализировать наблюдения и результаты прошлых экспериментов с психоделиками и представить наиболее значимые прозрения и открытия. Окажется ли такая затея эпитафией эры ЛСД или манифестом для будущих психоделических исследований, она выглядит оправданной. Если мы являемся свидетелями «лебединой песни» психоделических исследований, будет интересно ретроспективно пролить больше света на противоречия и недостаток теоретического материала, касающегося природы действия ЛСД.

Если же ЛСД исследования будут продолжены в будущем, прояснение нынешних недоразумений и разногласий будет иметь огромное практическое значение. Дополнительные контролируемые исследования крупного масштаба необходимы, чтобы с достаточной долей научной точности использовать силу ЛСД в качестве дополнения к психотерапии. В любом случае, если основные причины прошлых разногласий не будут ясно определены и приняты к сведению в будущих исследованиях, новые проекты, возможно, будут повторять прошлые ошибки и вследствие этого получать неубедительные результаты.

Как показано выше, отдельные авторы и исследовательские группы использовали ЛСД, исходя из очень разных предпосылок. Они преследовали разные терапевтические цели, придерживались разных теоретических систем, применяли разные технические подходы и назначали препарат в очень несопоставимых условиях и рамках. Я считаю, что главная причина противоречий насчет ЛСД терапии это недостаток понимания природы действия ЛСД и отсутствие правдоподобных и приемлемых концептуальных рамок, которые могли бы свести огромное количество наблюдаемых данных к определенному общему знаменателю. Такая теоретическая система должна будет дать понимание содержания и протекания отдельных сеансов, равно как и многократного применения ЛСД в терапевтических сериях. И она должна быть способной объяснить первостепенное значение экстрафармакологических факторов (личностей субъекта и руководителя, их взаимоотношений, и элементов установки и обстановки) в протекании ЛСД сеансов.

Другие важные проблемы, которые должны быть учтены в пределах полноценной теоретической системы, это периодически встречающееся продление эффектов и даже психотические срывы, случающиеся после некоторых сеансов, или последующий возврат ЛСД-подобных состояний («флэшбэки»). Общее понимание этих явлений на данный момент является очень неполным и неудовлетворительным, и эта ситуация имеет серьезные практические последствия. Один из её результатов это то, что подход специалистов по психическому здоровью к осложнениям немедицинского использования психоделиков, в основном, неэффективен и часто вредоносен.

Всесторонняя теория ЛСД психотерапия также должна быть способной заполнить ныне существующую пропасть между психолитической и психоделической терапией, двумя наиболее релевантными и жизнеспособными подходами к ЛСД лечению, и некоторыми другими терапевтическими модификациями наподобие анаклитической и гипноделической терапии. Она должна быть в состоянии найти важные общие знаменатели и объяснительные принципы для этих разных подходов и выявить их показания и противопоказания, а также успехи и неудачи. Концептуальная система, правильно отражающая наиболее важные аспекты действия ЛСД, должна быть способна дать практические указания насчет оптимальных условий для использования этого вещества в психотерапии. Сюда входит основная стратегия лечения, а также детали касаясь дозировок, эффективных подходов к различным особым ситуациям, использование вспомогательных техник и особых элементов установки и обстановки. Наконец, полезная, всесторонняя теория должна предоставлять ряд частично работающих предположений практического и теоретического плана, которые можно было бы проверить с помощью научной методологии.

В связи со сложностью и многоплановостью связанных с этим проблем, очень сложно сформулировать и изложить концептуальную систему, которая бы полностью отвечала всем вышеуказанным критериям. На данный момент даже сырая и приблизительная теоретическая структура, обобщающая наиболее важные данные и дающая директивы для терапевтической практики, станет существенным прогрессом. В последующих главах будет сделана попытка представить пробную систему теории и практики ЛСД психотерапии. Я считаю, что концептуальная система, которая могла бы объяснить хотя бы основные наблюдения ЛСД терапии, нуждается не просто в новом понимании ЛСД эффектов, но и в новой и расширенной модели человеческого разума и природы человеческих существ. Исследованиями, на которых основываются мои рассуждения, был ряд клинических экспериментов, каждый из которых представлял собой захватывающее путешествие в новые области разума, ещё не познанные

западной наукой. Было бы опрометчиво утверждать, что они станут чем-то большим, чем первые наброски карт для будущих исследователей. Я хорошо осознаю тот факт, что, по примеру географов прошлого, многие области моей новой картографии могут быть охарактеризованы известным высказыванием: *Hic sunt leones*. [5]

Предложенные теоретические и практические рамки должны считаться попыткой упорядочить и классифицировать бесчисленное множество новых и загадочных наблюдений из нескольких тысяч сеансов ЛСД и представить их в логической и всесторонней форме. Даже в своем нынешнем шероховатом виде, эти концептуальные рамки оказались полезными для понимания событий на психоделических сеансах, проводимых в клинических условиях, равно как и ЛСД состояний, переживаемых в контексте немедицинского экспериментирования; следование их основным принципам сделало возможным проведение ЛСД терапии с максимальной пользой и минимальным риском. Я также полагаю, что они дают важные директивы для более эффективного преодоления кризиса, связанного с использованием психоделических веществ и для более успешной работы с различными осложнениями, связанными с бесконтрольным само-экспериментированием.

СНОСКИ

1. Один микрограмм это одна миллионная грамма, около 34 миллиардных унции.
2. Конверсии это внезапные, очень глубокие изменения личности, неожиданно происходящие у психологически предрасположенных индивидов в определенных ситуациях. Направление этих глубоких трансформаций обычно противоположно прошлым убеждениям, эмоциональным реакциям, жизненным ценностям, стремлениям и поведенческим паттернам субъекта. Согласно областям, в которых они происходят в первую очередь, мы можем выделить религиозные, политические, нравственные, сексуальные и другие конверсии. Религиозные конверсии атеистов в глубоко верующих или даже религиозных фанатиков наблюдались на собраниях экстатических сект и во время проповедей знаменитых харизматичных проповедников наподобие Джона Уэсли. Майя Дерен привела в своей книге «Святые Всадники» уникальное описание своей конверсии в гаитянскую религию Вуду, произошедшей во время её обучения танцам аборигенов. Пример нравственной конверсии Жана Вальжана в «Отверженных» Виктора Гюго попал в психиатрические пособия и стал названием для особого вида корректировочного эмоционального опыта. Наиболее наглядный пример политической конверсии и последующей реконверсии был описан Артуром Кёстлером в его книге «Небесная стрела» и «Бог, который не оправдал надежд». Библейские примеры нравственной и сексуальной конверсий религиозной природы—это истории Барабаса и Марии Магдалены.
3. Значение травматических детских воспоминаний для динамической психолитической терапии систематически исследовалось и описывалось Ханскарлом Лёйнером. Смотри также обсуждение психодинамических переживаний в первом томе этой серии, Станислав Гроф «Области человеческого бессознательного: Данные исследований ЛСД». Последующие ссылки на эту книгу будут обозначаться сокращенным названием: «Области человеческого бессознательного».
4. Уолтер Панке распределил основные характеристики спонтанных и психоделических пиковых переживаний по девяти мистическим категориям. Согласно ему, основными чертами этих состояний являются: чувство единства, трансценденция времени и пространства, сильные положительные чувства, ощущение реальности и объективности опыта, чувство священности, невыразимости, парадоксальности, быстротечности и последующие позитивные изменения в мироощущении и поведении. Опросник Психоделического Опыта (Psychedelic Experience Questionnaire, PEQ), разработанный Панке и Ричардсом, позволяет определить, имело ли место во время сеанса ЛСД психоделическое пиковое переживание, и позволяет грубо его измерить.
5. «*Hic Sunt Leones*» буквально переводится «Здесь есть львы»; это выражение использовалось ранними географами в старых картах для обозначения недостаточно

исследованных территорий, возможно населенных дикарями, дикими животными и полными других опасностей.

2. ВАЖНЕЙШИЕ ПЕРЕМЕННЫЕ В ЛСД ТЕРАПИИ

Фармакологические эффекты ЛСД

Личность субъекта

Личность терапевта или руководителя

Установка и обстановка сеансов

Глубокое понимание природы и течения ЛСД переживаний и динамики ЛСД психотерапии невозможно без полного осознания всех факторов, оказывающих влияние на действие ЛСД. Ранние упрощенные и редукционистские модели ЛСД переживаний, видевших в них «моделированную шизофрению» или «токсический психоз», вызванный вмешательством препарата в нормальные физиологические и биохимические процессы мозга, были давно оставлены всеми серьезными исследователями. Литература об ЛСД изобилует наблюдениями, обнаруживающими предельное значение нефармакологических факторов, как детерминант психоделического опыта и их критическую роль в терапевтическом процессе. Чтобы понять природу ЛСД реакции во всей её сложности, нам придется обсудить не только фармакологический эффект препарата, но также и важнейшие экстрафармакологические факторы—роль личности субъекта, его или её эмоциональное состояние и нынешняя жизненная ситуация, личность руководителя или терапевта, природа взаимоотношений между субъектом и руководителем и полный комплекс дополнительных факторов, обычно называемых установкой и обстановкой (set and setting).

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛСД

Так как прием ЛСД является *conditio sine qua non*, или абсолютно необходимым условием для ЛСД реакции, может показаться логичным предположение, что препарат сам по себе является фактором фундаментальной важности. Тщательный анализ клинических наблюдений из ЛСД психотерапии, тем не менее, говорит о том, что этот вопрос гораздо более сложен. Феномены, которые могут иметь место в течение ЛСД сеансов, покрывают очень широкий спектр; вряд ли найдется хоть одно перцептуальное, эмоциональное или психосоматическое явление, которое не было бы замечено и описано как часть ЛСД диапазона. Если разные субъекты принимают одинаковые дозы препарата в относительно стандартных обстоятельствах, у всех будут очень разные переживания. Поразительно многообразная межиндивидуальная вариативность ЛСД состояния дополняется такой же поразительной внутрииндивидуальной изменчивостью. Если один человек примет ЛСД несколько раз, каждый последующий сеанс обычно кардинально отличается от других своим общим характером, специфическим содержанием и протеканием. Эта вариативность, конечно же, является серьезным контраргументом против мнения, что ЛСД реакция имеет простые биохимические и физиологические детерминанты.

Вопрос о существовании инвариантных, повторяющихся и стандартных эффектов ЛСД чисто фармакологической природы очень интересен и важен и с теоретической, и с практической точки зрения. Такие эффекты должны быть не связаны со структурой личности и не зависеть от внешних обстоятельств; они происходили бы в каждом без исключения субъекте, принявшем достаточную дозу ЛСД. И наоборот, вопросы о степени влияния различных экстрафармакологических факторов на ЛСД переживания, о природе и механизме их влияния, так же интересны и являются теоретически и практически релевантными. Поиск типичных и обязательных фармакологических эффектов ЛСД был важным аспектом моей аналитической работы с данными об ЛСД. Результат этого поиска оказался довольно неожиданным: после анализа почти пяти тысяч записей ЛСД сеансов я не нашел ни одного симптома, который был бы во всех случаях абсолютно постоянным компонентом и поэтому мог бы считаться по-настоящему инвариантным.

Изменения визуального восприятия обычно описываются, как типичные проявления ЛСД состояния, а потому серьезно претендуют на звание фармакологических инвариантов. Хотя в

моих записях часто встречались сообщения о различных необычных визуальных явлениях, я наблюдал несколько сеансов с высокой дозой, в течение которых не было никаких изменений визуального восприятия. Некоторые из ЛСД реакций, в которых отсутствовали визуальные изменения, имели форму сильных сексуальных переживаний; другие характеризовались сильной соматизацией ощущениями общего недомогания и физического заболевания или ощущениями мучительных болей в различных частях тела. Конкретные примеры сеансов без изменений оптического восприятия наблюдались на продвинутых стадиях психолитического лечения и на некоторых психоделических сеансах. Они включали либо грубый и примитивный набор переживаний, описываемый различными субъектами, как повторное переживание своего рождения, либо трансцендентальные переживания космического единства и Сверхкосмической Пустоты, у которых была парадоксальная черта «бессодержательности, содержащей всё».

Физические проявления ЛСД состояния заслуживают особого упоминания в этом контексте, так как в ранних отчетах они воспринимались, как простые фармакологические эффекты препарата и приписывались прямой химической стимуляции вегетативных центров мозга. Тщательный обзор большого числа сеансов и анализ записей не подтвердили это объяснение. Физические сопровождения ЛСД реакции значительно варьируются от сеанса к сеансу. Спектр так называемых «вегетативных симптомов» очень широк и превосходит присущий всем другим известным веществам, за исключением некоторых других психоделиков. Достаточно странно то, что эти симптомы включают и симпатические, и парасимпатические феномены, и появляются в самых разных сочетаниях. Они встречаются с одинаковой частотой и силой в сеансах с малой и сильной дозой, и нет явного соотношения дозы и эффектов. Во многих ЛСД сеансах с сильной дозой физические проявления

На рисунке: Ощущение тошноты, один из наиболее частых физических симптомов на сеансах ЛСД.

почти отсутствуют или происходят иногда, при тесном соединении со сложным и сильно защищаемым бессознательным материалом. И наоборот, некоторые сеансы с маленькой дозой характеризуются мощными вегетативными симптомами на протяжении всего периода действия препарата. Нередко после введения дополнительной дозы ЛСД субъект, страдавший от суровых физических симптомов, открывается переживанию, прорабатывает стоящую за этим проблему и избавляется от соматического страдания. Другой аспект этих симптомов, имеющий особое отношение к нашему обсуждению, это их необыкновенная чувствительность к различным психологическим факторам; их можно изменить или даже прекратить различными внешними влияниями и психотерапевтическим вмешательством. Факторы, способные значительно повлиять на «вегетативные» или другие физические проявления ЛСД сеансов, колеблются от соответствующих интерпретаций или появления определенной личности до использования физического контакта и различных биоэнергетических упражнений.

Одно из физических проявлений ЛСД реакции, заслуживающее особого упоминания, это расширение зрачков (мидриаз). Оно так часто встречается, что его наличие использовалось многими экспериментаторами и терапевтами, как относительно надежный показатель того, что человек всё ещё находится под влиянием вещества. В моем расследовании мидриаз в течение долгого времени казался серьезным кандидатом на звание инвариантного проявления действия ЛСД. Позже я стал свидетелем нескольких сеансов ЛСД, некоторые из которых были очень драматичными, в которых зрачки субъектов были суженными или колебались между сильным расширением и сжатием.

Похожая ситуация имеется также и с рядом физических проявлений наподобие психомоторного возбуждения или подавления, мышечного тонуса, треморов, подергиваний, активности, похожей на припадочную, и различных скручивающих движений. Ни один из этих симптомов не является достаточно типичным и предсказуемым, чтобы считать его специфическим фармакологическим эффектом ЛСД. Это не значит, что ЛСД сам по себе не имеет никаких специфических физиологических эффектов; это может быть ясно показано на экспериментах над животными с использованием несравненно более сильных доз. Однако мой опыт показывает, что в рамках дозировок, обычно используемых в экспериментах с людьми или в психотерапевтической практике, физические проявления не являются следствием прямой стимуляции нервной системы веществом. Они, похоже, отражают химическую активацию динамических матриц бессознательного и имеют схожую структуру с истерическими конверсиями, органоневротическими явлениями или симптомами психосоматических нарушений.

Столь же непредсказуемой, сколь содержание ЛСД реакции, является её интенсивность, и индивидуальные реакции на одинаковые дозировки значительно разнятся. Степень чувствительности или сопротивления ЛСД, похоже, зависит скорее от сложных психологических факторов, чем от переменных конституционной, биологической или метаболической природы. Субъекты, которые в повседневной жизни проявляют сильное стремление к достижению полного самоконтроля и имеют трудности с расслаблением и «отпусканьем», могут иногда противостоять относительно сильным дозам ЛСД (300-500 микрограмм) и не показывают заметных изменений. Иногда индивиды могут противостоять действию значительных доз ЛСД, если поставили перед собой такую задачу. Они могут так делать, чтобы бросить вызов терапевту или посоревноваться с ним или с ней, доказать или продемонстрировать свою психологическую «силу», чтобы выдержать больше, чем их товарищи пациенты, чтобы впечатлить своих друзей или по многим другим причинам. Однако очевидно, что за этими поверхностными рационализациями нужно искать более глубокие и серьезные бессознательные мотивы. Дополнительными причинами для повышенной сопротивляемости препарату может быть недостаточные подготовка, инструктаж и уверенность субъектов, недостаток их полного согласия и сотрудничества или же отсутствие

базового доверия в терапевтических взаимоотношениях. В таком случае реакция ЛСД не идет полным ходом, пока мотивы сопротивления не будут проанализированы и поняты. Похожие факторы кажутся ответственными за неспособность многих людей отдаться действию препарата в обстоятельствах бесконтрольного само-экспериментирования в присутствии незнакомцев или в недружелюбной атмосфере. Такие сеансы приводят к неполному разрешению и интеграции, неблагоприятным последствиям и последующим возвратам измененных состояний сознания («флэшбэки»). Мгновенное отрезвление, которое может произойти на любом этапе сеанса при дозе любого уровня, обычно означает внезапную мобилизацию защитных механизмов против близкого проявления неприятного травматического материала.

Среди психиатрических пациентов тяжелые обсессивно-компульсивные невротики особенно сопротивляются эффекту ЛСД. В моих исследованиях было частым наблюдением, что такие пациенты часто могут противостоять дозам более 500 микрограмм ЛСД и выказывают только легкие признаки физического или психологического недомогания. В особых случаях может потребоваться несколько сеансов ЛСД с высокой дозой прежде, чем психологическое сопротивление этих индивидов будет понижено до уровня, когда они начнут переживать эпизоды регрессии в детство и осознавать бессознательный материал, который следует проработать. После рассмотрения нескольких ситуаций, в которых даже решительное повышение дозы—в одном случае до 15000 микрограмм, введенных внутримышечно—не привело к полной развертке ЛСД переживаний, стало очевидно, что сильное психологическое сопротивление не может быть преодолено только повышением дозы; оно должно быть постепенно понижено на протяжении серий сеансов. Похоже, для ЛСД есть точка насыщения где-то между 400 и 500 микрограммами; если субъект адекватно не отвечает на эту дозировку, добавка ЛСД не изменит ситуацию.

Есть данные скорее анекдотичной, чем экспериментальной природы о том, что пониженной восприимчивостью к ЛСД могут обладать духовно высокоразвитые индивиды, имеющие обширный опыт необычных состояний сознания или пребывающие в этом состоянии большую часть времени. Наиболее известный такой пример это сообщение Рам Дасса, согласно которому его индийский наставник дважды не реагировал на очень высокие дозы ЛСД (900 и 1200 микрограмм последовательно). Это могло бы указывать на то, что отсутствие реакции на препарат может быть парадоксально связано с двумя противоположными состояниями, а именно, крайней ригидностью и сильными механизмами психологической защиты или с отсутствием барьеров сопротивления.

Рассмотрев различные виды сообщений, предполагающих отсутствие любых четких, специфических и инвариантных фармакологических эффектов ЛСД на уровне дозировки, обычно используемой для экспериментов и клинической работы с человеческими субъектами, мы можем попытаться определить, какими же в действительности являются эффекты ЛСД. Согласно моему опыту, они очень неспецифичны и могут быть описаны только в наиболее общих понятиях. В подавляющем большинстве сеансов есть общая тенденция к перцептуальным изменениям в различных модальностях чувств. Сознание обычно качественно изменено и имеет сноподобный характер. Доступ к бессознательному материалу обычно облегчен, и психологическая защита снижена. Эмоциональное реагирование почти всегда значительно усилено, и внешние воздействия играют важную роль в определении ЛСД реакции. Довольно поразительный аспект эффекта ЛСД это заметное усиление ментальных процессов и нейронных процессов в целом; сюда входят явления различной природы и происхождения.

Существующие на данный момент и недавние психогенные симптомы, как и испытанные индивидом в детстве или некоторых более поздних периодах жизни, могут быть усилены и экстерниоризированы. Испытывая их в преувеличенной форме, индивид часто получает инсайты о сети бессознательных процессов, лежащих в их основе, обнаруживая специфические психодинамические, перинатальные и трансперсональные корни этих симптомов. Травматические или позитивные воспоминания, связанные с сильным

эмоциональным зарядом, активируются, выносятся из бессознательного, повторно переживаются, и содержание различных динамических матриц разных уровней индивидуального и коллективного бессознательного может проявляться в сознании и переживаться сложным образом. Изредка на сеансах могут усиливаться и проявляться явления неврологической природы; это верно для болей, связанных с артритом, смещением позвоночных дисков, воспалительными процессами или послеоперационными или посттравматическими изменениями. Довольно часто встречается повторное переживание ощущений, связанных с прошлыми физическими травмами и операциями. С теоретической точки зрения интересно, что ЛСД субъекты, похоже, могут повторно переживать боли и другие ощущения, связанные с прошлыми операциями, проведенными под глубоким общим наркозом. Склонность ЛСД и других психоделиков активировать и усиливать различные неврологические процессы так поразительна, что она была использована некоторыми чешскими неврологами как диагностическое средство для экстериоризации латентных параличей и других неуловимых поражений центральной нервной системы. Отрицательная сторона этого интересного свойства ЛСД состоит в том факте, что он может вызвать припадок у пациентов, страдающих проявленной эпилепсией, или у тех, у кого это заболевание имеет скрытый характер. Быстрая череда эпилептических припадков, которые может быть сложно контролировать, так называемый, *status epilepticus*, представляет одну из немногих серьезных опасностей ЛСД терапии.

По большому счету, мне не удалось обнаружить во время анализа данных каких-либо отчетливых фармакологических эффектов, являющихся постоянными и инвариантными, и потому способными считаться специфическими для препарата. На данный момент я вижу ЛСД, как мощный неспецифический усилитель или катализатор биохимических и нейропсихологических процессов мозга. Похоже, он создает ситуацию общей недифференцированной активации, которая способствует проявлению бессознательного материала с различных уровней личности. Богатство, а также необыкновенную меж- и внутрииндивидуальную вариативность, можно объяснить участием и определяющим влиянием экстрафармакологических факторов.

В следующих разделах мы детально обсудим все основные нелекарственные переменные, которые, похоже, оказывают определяющее влияние на процесс ЛСД психотерапии. Они включают структуру личности и нынешнюю жизненную ситуацию субъекта, личность руководителя, природу их взаимоотношений, и установку и обстановку сеансов.

ЛИЧНОСТЬ СУБЪЕКТА

Обсуждая важность личности субъекта для природы, содержания и протекания ЛСД переживаний, необходимо разделять роль личностных факторов в отдельных сеансах с малыми и средними дозами, с одной стороны, и в последовательных сеансах терапевтических серий или психоделических сеансов с высокой дозой, с другой. Сначала мы раскроем более поверхностные личностные переменные, а затем перейдем к более глубоким структурам, выступающим детерминантами ЛСД переживаний.

Некоторые интересные личностные переменные можно наблюдать уже на долекарственной стадии ЛСД лечения—во время начального интервью и подготовительного периода. Есть очень типичная группа индивидов, которые подходят к ЛСД сеансам со многими опасениями и сильным беспокойством. Они поднимают множество вопросов и сомнений насчет действия вещества и ценности терапевтической процедуры, ссылаются на страшные истории, прочитанные в газетах или услышанные по радио или ТВ, и выказывают тенденцию оттягивать и откладывать сам сеанс так долго, как это возможно. Нередко эти субъекты имеют серьезные нарушения сна или ужасные кошмары в результате приближения к приему препарата. Такие личности обычно требуют много заверений и перестраховок общего и частного плана прежде, чем согласятся провести лекарственный сеанс.

Похоже, многие из этих индивидов разделяют типичный набор конфликтов и проблем. В повседневной жизни они постоянно стремятся к удерживанию совершенного контроля над

своими чувствами и поведением. Они боятся временного или постоянного выплескивания инстинктивной энергии, особенно сексуальной и агрессивной природы, и невольных вспышек эмоций. Есть частая озабоченность темой потери контроля и страх, что последующее поведение приведет к социальному унижению, совершению ошибки и публичному скандалу. Борьба с силами, стремящимися вырваться из бессознательного, может отнимать много времени и энергии в жизни этих людей и часто связано с чувством неполноценности и вины и самобичеванием за инстинктивные порывы. В максимальном проявлении вышеприведенные беспокойства могут принимать форму страха безумия или смерти. Такие личности обычно не любят или боятся ситуаций вроде усталости, болезни с лихорадкой, депривации сна и гипнагогического периода, так как всё это снижает уровень сознательного контроля над бессознательными импульсами. В некоторых случаях страх перехода от бодрствующего сознания к спящему так силен, что пациенты предпринимают долгие, утомительные прогулки перед сном или остаются занятыми до поздних часов, чтоб сократить гипнагогический период и ускорить процесс засыпания.

Так как полный сексуальный оргазм требует временного отключения волевого контроля, подобные проблемы находят наиболее заметное проявление в сексуальной жизни этих людей. Их проблемы в этой области простираются от импотенции, фригидности или неполных поверхностных оргазмов до тенденции избегать сексуальных ситуаций вообще. Беседа об их сексуальном опыте может выявить страх высвобождения агрессивных импульсов в них или в их партнерах и тревожное чувство, что ситуация может «выйти из-под контроля». На более глубоком уровне связанные с этим фантазии могут принимать форму сильных бессознательных страхов пожирания своих партнеров или поглощения ими. Люди с такими проблемами обычно инстинктивно чувствуют или понимают из рассказов других, что ЛСД оказывает раскрепощающее действие, и его прием может привести к потере контроля и сильному подъему бессознательного материала. Поэтому перспектива проведения ЛСД сеанса затрагивает центральные страхи этих индивидов. Описанные здесь проблемы, связанные с половым сношением и оргазмом, также выдают проявление перинатальных энергий в этих людях. (см. детальное обсуждение этих проблем ниже)

Другая проблема, относящаяся к негативному подходу к ЛСД терапии и нежеланию проводить лекарственный сеанс, связана с недостатком доверия к себе, другим людям, человеческому обществу и миру в целом. Если эти чувства находятся в пределах невротизма, необходимо провести с пациентом больше времени, чтобы развить достаточный уровень доверия перед приемом препарата. Откровенно параноидальное отношение к процедуре, особенно когда пациент имеет тенденцию включать терапевтов в список возможных преследователей, должно считаться противопоказанием для ЛСД терапии.

Полный энтузиазм подход к ЛСД лечению, живой интерес к препарату и рвение иметь психоделические сеансы наблюдались у определенных типов интеллектуалов, неудовлетворенных скукой и монотонностью своей повседневной жизни и ищущих необычные, экзотические и стимулирующие переживания. В этой группе возможность исследования скрытых областей разума также часто воспринимается, как уникальная возможность познания и прибавляется к специфической привлекательности опыта. Пациенты с сильным позитивным компонентом отношений переноса иногда видят особую прелесть психоделических сеансов как возможности получения полного и безраздельного внимания со стороны терапевта на целый день. Некоторые пациенты бессознательно или с различными степенями сознательности используют рамки лекарственных сеансов в качестве возможности переживания, выражения и воплощения некоторых своих иначе неприемлемых тенденций.

Иногда потенциально опасное рвение и сильная мотивация иметь психоделический сеанс наблюдается у определенных отчаявшихся пациентов, оставшимися с немногими альтернативами в жизни. Они оказываются в субъективно невыносимой ситуации сильного конфликта, связанного с мощным эмоциональным страданием и напряжением. Типичные черты включают серьезную озадаченность смыслом жизни, игры с суицидальными фантазиями, легкомысленный и рискованный подход к различным жизненным ситуациям в

целом. Будучи не в состоянии выносить интенсивность конфликтующих психологических сил и пытаясь пойти на болезненные компромиссы, они жаждут мгновенного прекращения этого мучительного состояния. В их воображении ЛСД становится волшебным средством, которое даст им немедленное облегчение, либо осуществив чудесное исцеление, либо ускоряя саморазрушение. Если психоделические сеансы с этими индивидами не приводят к элементам смерти эго и трансценденции, они могут запустить существующие саморазрушительные стремления. Очень важно заблаговременно обнаружить такие отношения, проанализировать лежащие в их основе мотивы и обсудить ситуацию с субъектом до приема препарата.

Все вышеперечисленные факторы имеют первостепенную важность перед первым ЛСД сеансом. Когда препарат повторно принимается в контексте терапевтической серии, большинство пациентов осознают возможности, которые может предложить психоделический опыт в области глубокого самоисследования, поиска корней эмоциональных симптомов и решении жизненных проблем. Даже те пациенты, которые вначале беспокоились о потере контроля, обычно обнаруживают его терапевтическую ценность. Их прошлое понимание контроля, заключавшееся в том, что потеряв его однажды, его уже невозможно восстановить, сменяется инсайтом о том, что отключение защиты это освобождающий опыт. Они открывают новый способ бытия в мире, в котором можно осуществлять контроль безо всякого напряжения, потому что настойчивые силы, требовавшие постоянного беспокойства и внимания, были высвобождены.

В общем и целом, все пациенты, работавшие с сериями ЛСД сеансов, развивали позитивное отношение к лечению. Хотя после особенно тяжелых сеансов некоторые индивиды могут выказывать страх и нежелание продолжать, даже они не теряют веру в ценность процесса. Большинство исключений из этого правила составляют пациенты с серьезными обсессивно-компульсивными неврозами, которые могут поддерживать, в основном, пессимистическое настроение на протяжении всей процедуры. Их пессимизм часто усиливается и подтверждается бессобытийными сеансами и кажущимся отсутствием терапевтических сдвигов.

Специально упомянуть следует субъектов с выдающимся интеллектом и сильным интеллектуальным интересом к человеческой культуре, психологии, искусству, философии и религии. Такие субъекты обычно очень быстро обнаруживают, что процесс серийных ЛСД сеансов превосходит рамки традиционного глубинно-психологического анализа и предлагает уникальные возможности для серьезного философского и духовного поиска. В результате этого прозрения они с большим интересом и эмоциональной вовлеченностью проводят психоделическое самоисследование. В этом контексте ЛСД сеансы могут восприниматься, как возможность встретиться с тайнами Вселенной и загадками человеческого существования. Таким образом, сеансы несут функцию, сравнимую с духовными практиками античных и восточных культур или ритуалов перехода, храмовых мистерий и различных эзотерических процедур мистических традиций.

Мы также наблюдали интересные связи между клиническим диагнозом или симптоматологией некоторых пациентов и природой их ЛСД сеансов. Они наиболее поразительны в случае личностей, страдающих сильными обсессивно-компульсивными неврозами. Эти пациенты обычно принадлежат к группе боящихся лекарственного сеанса перед тем, как испытать его; они имеют тенденцию озвучивать множество опасений и вопросов и обычно откладывают начало лечения. Их сопротивление эффектам ЛСД очень сильно, и даже сеансы с непомерной дозой часто безрезультатны. Феноменология их ЛСД сеансов обычно ограничивается решительной борьбой с эффектами препарата и невероятными усилиями сохранить проверку реальности и полный самоконтроль. Практически нет изменений оптического восприятия, и единственными проявлениями действия ЛСД обычно являются сильные соматизации. При переживании любых необычных ощущений эти пациенты предъявляют многочисленные жалобы на неприятные физические симптомы наподобие головной боли, слабости, утомления, общего недомогания, тенденции к коллапсу и обмороку, тошноты, повышенного потоотделения, вспышек холода и жара. Они

могут быть встревожены ощущением потери связи с реальностью, обеспокоены усилением их сексуальных и агрессивных порывов и озабочены конфликтами, касающимися самоуважения и этических вопросов. Их сеансы характеризуются сильной внутренней борьбой, и за ними обычно следует ощущение крайней усталости. Пациентам с обсессивно-компульсивными невротическими особенностями интенсивности может потребоваться значительное число ЛСД сеансов прежде, чем их сопротивления будут понижены, и сеансы станут наполняться более конкретным содержанием.

У индивидов с истерической структурой личности и симптоматологией природа, содержание и протекание ЛСД сеанса обычно кардинально иные; фактически они, похоже, находятся на противоположном обсессивно-компульсивным пациентам конце спектра. Возбуждение и сильный интерес к процедуре довольно типичны для этих пациентов, и их отношение к лекарственному опыту в основном намного более позитивно. Они чрезвычайно чувствительны к действию ЛСД и часто проявляют очень драматичную реакцию на относительно маленькие дозы. В этой группе различные изменения восприятия необычайно богаты, с определенным преобладанием визуальных элементов и сильных телесных ощущений. В согласии с наблюдениями классического психоанализа, восприятия эротической природы и богатый сексуальный символизм, похоже, доминирует в мире переживаний этих пациентов. Их видения часто имеют мягкий сценический характер; они обычно драматичны, ярки и красочны, с визуализациями чарующих мечтаний и прочих желательных элементов воображаемой жизни. Это мягкое сценическое течение может быть нарушено, когда пациенты приближаются к скоплениям травматических и патогенных воспоминаний. Как и все прочие, истерические пациенты не застрахованы от трудных и болезненных переживаний на психоделических сеансах. Тем не менее, они кажутся довольно терпимыми к страданиям и могут признавать нечеловеческие ужасы и мучения такими же ценными, как и эпизоды экстатического восторга. Во время ЛСД психотерапии, как и во время систематической немедикаментозной терапии, эти пациенты могут создавать особые препятствия и проблемы, связанные с переносом и контрпереносом.

Похоже, что наблюдения из ЛСД психотерапии подтверждают догадки Фрейда о связи между гомосексуальностью и параноидным поведением. Часто наблюдалось, что пациенты с серьезными латентными или проявленными проблемами с гомосексуальностью имели большую предрасположенность к паническим реакциям, параноидным восприятием, использованием проекции в отношении своих ЛСД переживаний и бредовыми интерпретациями ситуации и сеанса в целом. Эти трудности обычно происходили или были особенно акцентированными, когда озабоченность своими гомосексуальными проблемами была центральной темой их переживаний.

Нам не удалось выявить каких-то стабильных и специфических корреляций между симптомами клинической депрессии и природой психоделических переживаний. Хотя углубление существующей депрессии и интенсификация суицидальных наклонностей часто наблюдается на ЛСД сеансах, клиническое состояние депрессивных субъектов часто оказывается неустойчивым и легко подверженным значительным изменениям и прорывам. При невротической депрессии повышенная эмоциональная неустойчивость иногда выливается в странное состояние, в котором депрессивный аффект и плач происходят одновременно с эйфорией и сильным смехом и быстро чередуются с ними. Вообще, нередко депрессивный пациент проводит большую часть сеанса в глубоко эйфорическом или даже экстатическом состоянии, и это выраженное и иногда устойчивое улучшение может быть заметно и после сеанса. Некоторые случайные наблюдения дали основания предположить, что одиночный сеанс ЛСД может вызвать полную ремиссию серьезной периодической депрессии очень сильного характера, не меняя при этом, конечно, лежащую в основе структуру личности и не исключая возвращение будущих депрессий в обычные временные периоды. Частые наблюдения ЛСД сеансов с депрессивными пациентами показывают, что препарат может быть полезен в постановке дифференциального диагноза между эндогенной и экзогенной депрессией. Пациенты с депрессией преимущественно экзогенного происхождения обычно

взаимодействуют в своих сеансах с богатым биографическим материалом, тематически и динамически относящимся к их болезни. У пациентов с эндогенной депрессией содержание сеансов обычно намного более ограничено и часто состоит из выделения глубоких и первобытных чувств, составляющих депрессию. С такими пациентами есть определенный риск того, что их клинические симптомы могут временно усилиться после нескольких ЛСД сеансов. Это наблюдение согласуется с опытами Арендсен-Шин, датского психиатра и пионера ЛСД психотерапии.

Вообще, можно сделать вывод, что связь между диагностической группой и природой ЛСД переживания недостаточно отчетлива и постоянна, чтобы представлять большую клиническую ценность, за исключением нескольких особых случаев, упомянутых выше. В этом смысле ЛСД, конечно, не может сильно помочь в уточнении диагноза, поставленного психиатрическими опросами и конвенциональными диагностическими техниками. Отношения между исходной диагностической категорией пациента и его или её психоделическими переживаниями становятся ещё более проигрышными и непредсказуемыми в сериях ЛСД сеансов. Как мы позже обсудим, многократное подвержение действию препарата связано с большими динамическими сдвигами в структуре личности и частыми изменениями симптомов.

Ограниченная ценность ЛСД в качестве вспомогательного средства для конвенциональной клинической диагностики резко контрастирует с его потенциалом в динамической диагностике. Это непревзойденный инструмент для исследования сил, составляющих основы личности, и для изучения глубинных динамических структур, лежащих в основе клинических симптомов. В сеансах с маленькими и средними дозами ЛСД и во время завершающих периодов сеансов с высокой дозой часто можно наблюдать заметную интенсификацию существующих личностных характеристик и поведенческих паттернов. Это обычно сопровождается подчеркиванием текущих клинических симптомов или возвращением эмоциональных и психосоматических состояний, которые пациент испытывал в какой-то момент прошлого. Иногда эта реконструкция включает относительно недавнее прошлое, в других же случаях—очень ранние периоды детства или даже младенчества.

Иногда во время сеанса могут проявиться совершенно новые симптомы, которые пациент на своей памяти никогда не испытывал. Это дает уникальную возможность для исследователя изучить психогенез и физиогенез клинических симптомов в процессе их появления, *in statu nascendi*. Основная динамическая структура этих новоявленных симптомов выглядит идентичной структуре обычных невротических проявлений; она представляет собой компромиссное образование между сильными бессознательными порывами или тенденциями и защитными механизмами. Феномен этого рода, похоже, отражается в активации и экстериоризации латентных динамических матриц бессознательного, существующих в динамической структуре личности. Причина, по которой они не проявлялись раньше, состоит в том, что они не были активированы биохимическими или физиологическими силами в достаточной степени, чтобы влиять на эго пациента. Так называемые «вегетативные» симптомы часто попадают в эту категорию.

Индивидуальные характеристики, усиливающиеся при небольшой дозе, представляют более поверхностные, но более практически важные аспекты личности. В повседневной жизни некоторые из этих элементов настолько бессимптомны, что не могут быть быстро обнаружены и распознаны, или субъекты всячески противостоят им и скрывают их. ЛСД может усилить эти неуловимые детали до карикатурности. Под увеличительным эффектом вещества они становятся настолько очевидными, что не смогут легко избежать внимания терапевта или субъекта. Широкий спектр феноменов, принадлежащих к этой группе, может быть разделен на две типичные категории.

Первая категория включает проявления эмоциональной реактивности и общего самочувствия. Субъекты могут войти в глубокий контакт со своим нынешним эмоциональным состоянием и исследовать измерения опыта и черты различных эмоциональных состояний, которые оно за собой влечет. Возможно, наиболее ценные прозрения из доступных в данном

контексте касаются позитивных и негативных чувств насчет определенных личностей и ситуаций, особенно в форме амбивалентности и конфликтующих реакций. Похожим образом многие пациенты могут полностью переживать и выражать свои беспокойства и различные специфические страхи, подавленность и отчаяние, состояния агрессивного напряжения, раздражительности и импульсивности или эмоциональной нестабильности с чередованием депрессивных и эйфорических настроений. Переживания, характерные для невротических пациентов, это мучительное чувство одиночества и изоляция с чувством бесполезности. Чувство ненужности в этом мире и невозможность увидеть смысл существования часто связаны с необходимостью быть нужным и популярным. Индивиды, испытавшие значительную эмоциональную депривацию и отверженность в детстве, часто показывают в этот момент сильную потребность в любви. Такие потребности обычно имеют сильные признаки младенчества и включают анаклитические элементы. Иногда такие переживания могут привести к ценным прозрениям относительно детской природы различных потребностей зависимости и дают понимание того, как эта путаница создает проблемы в повседневной жизни.

Вторая категория затрагивает проблемы *образа себя* и *самоуважения*. Наиболее частое явление данной области это чувства мучительной неполноценности, испытываемые в связи с различными измерениями существования. Так, пациенты очень часто выражают недовольство, несчастье или даже отчаяние по поводу своей внешности. Они жалуются на то, что они некрасивы, уродливы и отвратительны, указывают на выдуманные или незначительные физические дефекты и значительно преувеличивают значимость существующих недостатков. Озабоченность самооценкой также часто относится и к интеллектуальным способностям. Субъекты описывают себя глупыми, скучными, лишенными воображения, неспособными, примитивными и необразованными, что часто прямо противоречит их реальным качествам и социальным достижениям. Для невротической группы типично неблагоприятное сравнение своих способностей со способностями других значительных фигур вроде родителей, братьев и сестер, ровесников и других пациентов. Это часто проецируется на терапевта, который сильно идеализирован и видится превосходящим их во всем. В результате пациенты могут тратить много времени и эмоциональной энергии, будучи захваченными мыслями о том, что не заслуживают уделяемого им внимания, и что было бы лучше потратить время терапевта на других пациентов.

Наиболее поразительное проявление во многих субъектах это низкая моральная самооценка и конфликты между инстинктивными импульсами и этическими или эстетическими принципами. Они ощущают себя плохими, злыми, отвратительными и никчемными человеческими существами и видят свою жизнь крайне аморальной и греховной. Им вдруг открывается, что своими действиями в повседневной жизни они эксплуатируют других людей, предают их, обижают или беспокоят, навязываются им или причиняют боль. Это может достичь таких пропорций, что некоторые субъекты говорят о том, что ощущают грязные, извращенные, животные или даже криминальные элементы в своей личности. В большинстве случаев такие нежелательные черты включают тенденции или действия, являющиеся весьма тривиальными, или характеристики, присущие большинству людей. Другой вариант низкой самооценки это чувство эмоциональной неполноценности. Некоторые субъекты жалуются, что в то время как другие относятся к ним с любовью и теплом, они сами неспособны ответить этими же эмоциями. Они чувствуют себя неспособными испытывать подлинные чувства и человеческую заботу по отношению к своим детям, супругам, возлюбленным, родителям, братьям и сестрам. Другое частое проявление в этой области это мучительное чувство вины, угрызания совести и самоосуждение.

Менее часто можно наблюдать тенденции к превозношению себя, такие, как хвастовство, псевдоавторитетное и снисходительное мироощущение, преувеличенные демонстрации силы, потворство язвительным нападениям и придирчивым комментариям или тенденция к цинизму и насмешкам. Усиленное карикатурное качество этих проявлений позволяет легко распознать в них компенсаторные маневры, прикрывающие стоящие за ними чувства базовой

неполноценности и неадекватности. Эти процессы очень часто отражают важные действительно имеющиеся у субъекта проблемы.

Третья важная категория относящихся к личностным характеристикам феноменов включает усиление типичных паттернов *социальных реакций* субъекта. Некоторые индивиды показывают значительное усиление общительности с непрерывными поисками человеческих контактов, безостановочного говорения и тенденции к паясничанью, шуткам и развлечению окружающих. Иногда есть огромная потребность во внимании, и воображаемая или реальная заброшенность воспринимается очень болезненно. Это может быть связано с различными маневрами привлечения внимания, обычно в определенной степени используемыми в повседневной жизни. Они варьируются от шумных и театральных выходок до нежного поведения и поиска ласкового физического контакта. Иногда на передний план может выйти эротический компонент; это приводит к кокетству, соблазнению, незначительной сексуальной агрессии или вербализации, полной сексуального подтекста и явных непристойностей.

И наоборот, можно наблюдать усиление механизмов ухода, которые субъект привык использовать в повседневной жизни. Психологический уход и нежелание взаимодействовать с людьми на сеансах ЛСД может быть выражением отсутствия интереса к социализации и предпочтения эстетически и интеллектуально более привлекательной интроспекции. Однако в некоторых случаях он может быть проявлением сложных межличностных проблем и внутренних конфликтов. Избегание контактов с людьми может отражать присущую пациенту боязнь людей или его или её низкую самооценку. Иногда оно происходит из чувств собственной незначительности, неинтересности, непривлекательности или отвратительности; в других случаях оно связано с сильным страхом быть отверженным. Тенденции к уходу также могут отражать конфликты и проблемы, связанные с агрессией: присутствие других людей, их выражения и поведение воспринимаются раздражающими и вызывают враждебные реакции, являющиеся неприемлемыми и пугающими. В этом случае уход применяется как способ самоконтроля. Типичная проблема, которую может усилить ЛСД сеанс, это конфликт между потребностью в компании других и стремлением быть одним. Пациент боится оставаться в одиночестве, но в то же время не может выносить общество других; он или она испытывает сильную потребность в контактах с людьми, но также и боится их.

Другой частый случай это усиление социальных и межличностных паттернов, относящихся к доминированию и подчинению. Это может проявляться в сильных тенденциях к манипулированию, контролю, критике или поучению окружающих. Субъект может делать явные попытки создавать ситуации, среди которых—соперничество и проверка сил или оскорбление, унижение и высмеивание других. Точно так же до карикатурности могут быть усилены поведенческие паттерны покорности и почтительного поведения. Некоторые субъекты не перестают извиняться за всякие незначительные или выдуманные вещи и требуют заверения, что они никому и ничему не мешают. Другие постоянно спрашивают, не обижают и не задевают ли они кого-нибудь, или хотят убедиться, что никто на них не сердится. Нерешительность, беспокойное приставание и пассивно-зависимые маневры также могут достичь крайних размеров и граничить с анаклитическим поведением.

Примечательным и часто наблюдаемым проявлением является отчаянная и решительная борьба за поддержание полного самоконтроля. Как уже описывалось выше, это обычно происходит у субъектов, имеющих различные проблемы с самоконтролем даже в своей обычной жизни. И наоборот, индивиды с богатым внутренним миром, в который они могут спрятаться от травмирующей реальности, на ЛСД сеансах часто жалуются на свою неспособность установить связь либо с внешним миром, либо с их внутренними переживаниями.

Если меньшие дозы ЛСД активируют и усиливают поверхностные слои структуры личности субъекта, играющие важную роль в повседневных взаимодействиях, более высокие дозы экстернизируют глубокие динамические силы и тенденции. После достижения дозой ЛСД определенного предела, который значительно варьируется от одного субъекта к другому, могут наблюдаться поразительные психологические обращения. На этой точке начинают

захватывать и определять переживания и поведение субъекта сильные тенденции, противоположные вышеописанным поверхностным элементам. Они представляют собой важные динамические глубоководные течения, в обычных обстоятельствах подавляемые и контролируемые защитными механизмами. Если описанные ранее феномены приводят к лучшему описательному пониманию различных более или менее важных проявлений аспектов личности субъекта, то проявление этих глубинных тенденций может значительно помочь пониманию динамики структуры личности.

Такое обращение наиболее часто наблюдается у чрезвычайно покорных и беспокойных пациентов, в повседневном существовании очень робких, застенчивых и чрезмерно вежливых и тщательно избегающих любых межличностных конфликтов. После исчезновения попыток самоконтроля эти индивиды выражают значительную агрессию с враждебными и разрушительными тенденциями. Временная конверсия подобного рода очень часто встречается у субъектов, имеющих сильные сексуальные запреты, викторианские предрассудки, чрезмерную склонность к стыду и тенденции к аскетизму, пуританству и ханжеству. Во время ЛСД сеансов в переживаниях этих субъектов преобладают очевидные сексуальные проявления. Эти субъекты склонны к кокетству, фривольному или соблазнительному поведению и прилюдному самолюбованию с сексуальным подтекстом. Они могут предаваться непристойной брани, подавать признаки сексуальной агрессии или пытаться мастурбировать в присутствии ситтеров.

Внезапные, глубокие изменения могут происходить в личностях, обычно страдающих от сильных чувств неадекватности и неполноценности. Они склонны становиться напыщенно самоуверенными, проявляют различные тенденции к диктаторству и доминированию и выражают идеи и фантазии, напоминающие манию величия. Наоборот, в явно авторитарных личностях, чрезмерно автократичных в обычной жизни и демонстративно проявляющих свою силу и власть, эта фаза ЛСД терапии часто выявляет компенсаторный и защитный характер их позиции. Под воздействием ЛСД переживания заполняют лежащие в её основе чувства ужасной незащищенности, низкой самооценки и детской беспомощности. Многие пациенты мужского пола, в повседневности демонстрирующие элементы мужской гордости и поведения мачо с акцентом на бодибилдинге, подчеркивающие мужское господство и превосходство и обращающиеся с женщинами с неуважением и иронией, на сеансах обнаруживают в себе серьезные сомнения в собственной мужественности и питают сильные гомосексуальные страхи. Таким же образом, гиперчувствительность, эмоциональную неустойчивость и чрезмерную ранимость часто проявляют на сеансах люди с выраженно циничным взглядом на мир, которые обычно с едкостями и насмешками относятся к человеческим чувствам и положительным жизненным ценностям.

Также очень часто церковно ориентированные люди, воспитанные в семьях, где доминировал религиозный фанатизм и лицемерные ханжеские взгляды, часто проявляют сильные антирелигиозные тенденции и делают еретические или богохульные комментарии. И наоборот, крайне рациональные личности, чья приверженность прагматическим ценностям и мышлению имеет защитный характер, часто показывают на более глубоком уровне сильные тенденции к метафизическим страхам, иррациональной идеации, суевериям и магическому мышлению.

Различные аспекты структуры личности, обсужденные выше (внешняя видимость, стоящие за ней глубинные движущие силы и взаимодействие между этими двумя уровнями), могут выражаться на ЛСД сеансах многими различными путями. Эти элементы могут переживаться в форме эмоций, физических ощущений, специфических мыслительных процессов и паттернов поведения. Однако более типична для них связь с различными изменениями во всех сенсорных областях восприятия. Они могут вызывать систематические искажения образа тела, замысловатые аутосимволические трансформации и переживания сложных символических сцен, в которых не только восприятие себя, но и восприятие других людей и даже физического окружения радикально изменено.

Вместо попыток описать весь спектр явлений, которые могут произойти в этой связи, мы бегло рассмотрим весьма часто встречающийся животный символизм. Во время характерологического самоисследования многие ЛСД субъекты эмпирически отождествляются с различными животными, традиционно представляющими определенные человеческие личностные качества, взгляды и поведения. Так, аутосимволическое эмпирическое превращение в хищника вроде тигра, льва, ягуара или черной пантеры может выражать сильные агрессивные чувства субъекта. Отождествление с обезьяной может отражать всячески извращенные тенденции и несдерживаемое потворство генитальным и прегенитальным удовольствиям. Сильное сексуальное возбуждение может выражаться трансформацией в коня или быка; если присутствует сильный компонент похоти и беспорядочного промискуитета, это может выражаться образом грязного дикого кабана. Жилка мужского тщеславия и сексуально окрашенного самолюбования может быть высмеяна аутосимволическим изображением субъекта в образе шумного петуха на навозной куче. Осел или овца может символизировать глупость, мул может означать узкий кругозор, а свинья обычно передает пренебрежение к себе, разгильдяйство и нравственные изъяды.

В сеансах с открытыми глазами интрапсихические явления могут проецироваться на других людей или даже на физическую обстановку. Терапевты, персонал, другие пациенты, друзья или родственники могут иллюзорно превращаться в представителей инстинктивных тенденций субъекта. Они могут восприниматься садистами, развратниками, извращенцами, преступниками, убийцами или демоническими образами. И наоборот, они могут представлять воплощения критических взглядов Суперэго и видеться родительскими фигурами, судьями, присяжными, полицейскими, тюремщиками или палачами. В крайнем варианте вся человеческая и физическая ситуация может систематически трансформироваться в сложные сцены борделя, гарема, сексуальной оргии, средневековых подземелий, концентрационных лагерей, зала суда или камеры смертников.

Детальный анализ формы и содержания всех этих явлений с применением свободного описания или свободных ассоциаций ко всем их элементам может стать источником дополнительной конкретной и релевантной информации о личности субъекта. Если ЛСД терапия сочетается с немедикаментозными эмпирическими подходами, любые из этих образов могут быть использованы позже для дальнейшей терапевтической работы; например, упомянутые выше сложные сцены особенно подходят для гештальт техники, разработанной Фритцем Перлсом для анализа сновидений. В общем, ясно показано, что ЛСД переживания весьма специфичны для личности субъекта; они выражают в усиленной и символической форме его или её важные эмоциональные проблемы и тесно связаны с различными соответствующими ситуациями из прошлого или из нынешней жизненной ситуации. Детальное изучение индивидуальных элементов ЛСД переживаний этого уровня, с применением Фрейдовской техники или новых эмпирических подходов, выявляет глубокие сходства между их динамической структурой и структурой сновидений. Фрейд однажды назвал сны «*via regia*» или «королевской дорогой» к бессознательному, и это высказывание ещё более применимо к ЛСД переживаниям. Все элементы эмпирического содержания ЛСД сеанса, появляющиеся на психодинамическом уровне, напрямую связаны с важными эмоциональными проблемами субъектов.



Пациент передает, как во время психоделического сеанса он увидел ситуацию в своем браке. Его жена выглядела чудовищным хищником, а он—беспомощной мышью, прячущейся от его пасти. Это переживание сильно окрашивалось соответствующими перинатальными элементами.

Способность ЛСД выборочно активировать бессознательный материал с наибольшим эмоциональным зарядом делает этот препарат уникальным инструментом для психодинамической диагностики. Даже одна встреча с ЛСД часто может определить области наиболее значимых конфликтов, выявить глубокие динамические структуры клинических симптомов и помочь отделить релевантные проблемы от нерелевантных. Все ЛСД переживания психодинамической природы, в основном, определяются многими факторами и выражают в загадочной стенографии своего символического языка ключевые проблемы личности. [1]



Символы общих ощущений пациента по поводу его жизни. Корабль его существования едва удерживается на вершине опасной волны, а акулopodobный монстр ожидает в глубинах, готовый проглотить потерпевшую крушение жертву.

Значение личностных факторов для природы, содержания и протекания ЛСД переживаний становится ещё более очевидным, когда препарат принимается повторно в рамках целой терапевтической серии. В этом случае субъект обычно способен проследить различные эмоциональные и психосоматические симптомы, межличностные отношения и поведенческие паттерны до глубинных источников бессознательного. Это происходит в большинстве случаев очень спонтанно, без использования свободных ассоциаций или большой интерпретационной помощи со стороны терапевта. Последовательные ЛСД сеансы можно понимать как процесс постепенной активации и раскрытия содержания динамических матриц бессознательного.

Природа ЛСД переживаний зависит от уровня бессознательного, который активируется и становится фокусом сознательного внимания. Хотя природа бессознательного, как и природа ЛСД явлений, голографична, многоуровневая и многомерна, в практических и теоретических целях полезно выделить определенные основные эмпирические области. Каждая из них наполнена особым содержанием, управляется отдельными динамическими системами и имеет характерное значение для психического функционирования. Следующие три категории ЛСД феноменов кажутся достаточно обособленными и резко очерченными, чтобы быть описанными в качестве отдельных типов:

- a. Психодинамические переживания
- b. Перинатальные переживания
- c. Трансперсональные переживания

В этом контексте мы опустим абстрактный и эстетический уровень ЛСД переживаний, который, похоже, отражает химическую стимуляцию сенсорных органов и не важен с точки зрения более глубокого понимания структуры личности. [2]

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

Переживания, принадлежащие к этой категории, связаны с биографическим материалом субъекта и происходят из него, особенно из эмоционально значимых событий, ситуаций и обстоятельств. Они связаны с важными воспоминаниями, проблемами, неразрешенными конфликтами различных периодов жизни индивида, начиная с раннего детства. Психодинамические переживания происходят из тех областей человеческой личности, которые, как правило, доступны в обычных состояниях сознания, или из индивидуального бессознательного, содержащего подавленный биографический материал. Наименее сложные психодинамические явления имеют форму действительного повторного переживания событий прошлого и яркой реконструкции травматических или особенно приятных воспоминаний младенчества, детства или последующих периодов жизни. Более сложные переживания включают творческие комбинации различных элементов памяти, живописные конкретизации фантазий, драматизации желанных мечтаний, защитных воспоминаний и другие сложные переплетения фантазии с реальностью. Вдобавок, психодинамический уровень включает ряд переживаний, содержащих важный бессознательный материал в форме символической маскировки, загадочных защитных искажений и метафорических намеков.

Переживания психодинамических ЛСД сеансов можно в значительной степени объяснить в понятиях базовых психоаналитических концепций. Будь психодинамические эпизоды единственным типом ЛСД переживаний, наблюдения ЛСД психотерапии могли бы служить лабораторным подтверждением фрейдовской теоретической системы. Психосексуальная динамика и базовые конфликты, описанные Фрейдом, с удивительной ясностью и живостью проявляются даже на сеансах простодушных субъектов. Под воздействием ЛСД такие личности испытывают регрессию в детство и раннее младенчество, повторно проживают различные психосексуальные травмы и сталкиваются с конфликтами, связанными с активностью в различных эrogenных зонах. Им приходится встретить и проработать некоторые базовые психологические проблемы, описанные в психоанализе, такие, как комплекс Эдипа и Электры, ранние каннибальские чувства, конфликты в связи с приучением к туалету, страх кастрации и зависть к пенису.

Однако для более полного понимания этих сеансов и их влияния на клиническое состояние психиатрических пациентов и на их структуру личности в психоаналитическое мышление нужно ввести новый принцип. Многие ЛСД явления на этом уровне могут быть объяснены и иногда даже предсказаны, если допустить существование специфических сгущений воспоминаний, для которых я использую название СКО (системы конденсированного опыта). [3] Эта концепция вытекла из моего анализа феноменологии терапевтических ЛСД сеансов, проводимых на ранней стадии моих исследований в Праге. Она оказалась необычайно полезной для понимания динамики начальных стадий психолитической терапии с психиатрическими пациентами.



Страх неизвестности. Пациент повторно переживал ранние воспоминания детства о том, как его оставили дома одного.

СКО может быть определена как специфическое сгущение воспоминаний (и связанных фантазий) различных периодов жизни индивида. Воспоминания, принадлежащие к определенной СКО, имеют одинаковую базовую тему или содержат похожие элементы и наполнены сильным эмоциональным зарядом одинакового качества. Глубочайшие слои системы представлены живыми и красочными воспоминаниями переживаний младенчества и раннего детства. Более поверхностные слои включают воспоминания более поздних периодов, вплоть до нынешней жизненной ситуации. Непомерный эмоциональный заряд, связанный с СКО (что показывает мощная абреакция, часто сопровождающая проявление этих систем на ЛСД сеансах), похоже, является суммой эмоций, принадлежащих ко всем составляющим её воспоминаниям определенного типа.

Отдельные СКО связаны с определенными защитными механизмами и определенными клиническими симптомами. Детальные взаимоотношения между составными частями СКО в большинстве случаев согласуются с фрейдистским мышлением; новый элемент с теоретической точки зрения это концепция организующих динамических систем. Структура личности психиатрических пациентов обычно включает несколько основных СКО. Их конкретные формы, общее число, объем и сила значительно варьируются от одного индивида к другому. Психодинамический уровень бессознательного, равно как и СКО, гораздо менее значим у индивидов, чье детство не было особенно травмирующим.

Согласно базовому качеству эмоционального заряда мы можем выделить негативные СКО (конденсирующие неприятные эмоциональные переживания) и позитивные СКО (конденсирующие приятные эмоциональные переживания и приятные аспекты прошлого индивида). Хотя существуют определенные взаимозависимости и перекрытия, отдельные СКО функционируют относительно автономно. В сложном взаимодействии с окружающей средой они могут выборочно влиять на восприятие субъектом самого себя и мира, своих чувств и мыслей и даже соматических процессов.

Феномены, наблюдаемые на ЛСД сеансах и являющиеся психодинамическими по своей природе, можно понять с позиции последовательной экстерииоризации, абреакции и интеграции различных уровней негативных СКО субъекта и открытия путей для влияния позитивных. Когда негативная СКО приближается к области переживаний, в содержании и протекании ЛСД сеансов происходят специфические изменения. Система начинает оказывать определяющее влияние на все аспекты психоделических переживаний. Она определяет направление, в котором иллюзорно трансформируется физическая и межличностная обстановка, диктует способ, которым субъект воспринимает и переживает себя, и доминирует над эмоциональными реакциями, мыслительными процессами и определенными физическими проявлениями. Как правило, СКО играет основную роль до тех пор, пока самое раннее воспоминание, или ядро системы, не будет полностью пережито и интегрировано. После этого на арену выступает другая система и начинает влиять на область переживаний. Часто несколько СКО чередуются в ведущей роли в течение отдельного сеанса или последовательности сеансов, претерпевая параллельные процессы абреакции и интеграции.

Очень интересные взаимозависимость и взаимодействие могут быть показаны между динамикой СКО и событиями во внешнем мире. Уже упоминалось, что активированная СКО определяет восприятие окружающей среды субъектом и его или её реакцию на неё. И наоборот, определенные элементы обстановки или особые события во время сеанса могут активировать СКО с похожими чертами; мы обсудим этот механизм снова в связи с важностью установки и обстановки ЛСД сеансов. Определяющая роль активированной СКО может не ограничиваться периодом фармакологического действия ЛСД; её влияние может продолжаться днями, неделями или месяцами после сеанса. Поэтому принципы динамики СКО, описанные выше, важны для понимания как терапевтического эффекта психодинамических ЛСД сеансов, так и их осложнений (смотри главы 5 и 6 об осложнениях ЛСД психотерапии и течении ЛСД психотерапии).

Перед завершением обсуждения психодинамических и биографических аспектов ЛСД сеансов важно упомянуть категорию переживаний, являющуюся переходной между психодинамической областью и следующим за ней перинатальным уровнем, фокусирующимся на явлениях смерти и рождения, или смерти и возрождения. Эта переходная группа включает повторное переживание травматических воспоминаний из жизни индивида, по природе скорее физических, чем чисто психологических. Такие воспоминания обычно связаны с ситуациями из прошлого, представлявшими угрозу выживанию или целостности тела. Они покрывают широкий спектр, от серьезных операций, болезненных и опасных травм, суровых болезней и ситуаций утопления до эпизодов жестоких психологических и физических нападений. В качестве особых примеров этой группы можно упомянуть воспоминания нахождения в карцере концентрационного лагеря, подвергания процедуре промывания мозгов и техник допроса нацистов и коммунистов и жестокого обращения в детстве.

Эти воспоминания чисто биографичны по своей природе, хотя тематически тесно связаны с перинатальными переживаниями. Нередко повторное переживание различных физических травм из своей жизни происходит одновременно с агонией рождения как более поверхностное приложение. Воспоминания соматических травм являются частым источником очень болезненных и пугающих переживаний на ЛСД сеансах. Также, они, видимо, играют важную роль в психогенезе различных эмоциональных нарушений, что пока не замечено и не признано школами динамической психотерапии. Особенно верно это в случае депрессий, суицидального поведения, садомазохизма, ипохондрии и психосоматических нарушений.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

Важнейший общий знаменатель и фокус переживаний, происходящих из этой области бессознательного, это группа проблем, связанных с биологическим рождением, физической болью и агонией, старением, умиранием и смертью. Важно подчеркнуть, что встреча с этими критическими аспектами человеческой жизни обычно принимает форму глубокого непосредственного переживания, а не просто символической конфронтации. Специфическая эсхатологическая идеация и видения войн, революций, концентрационных лагерей, несчастных случаев, разлагающихся трупов, гробов, кладбищ и похоронных процессов происходят в качестве характерных иллюстраций или сопровождений перинатальных переживаний. Однако их сущность это крайне реалистичное и аутентичное чувство предельного биологического кризиса, который субъекты часто принимают за настоящее умирание. Нередко пациенты в этой ситуации утрачивают критическое мышление и развивают ложную убежденность в неминувости настоящей физической смерти.

Потрясающее столкновение с этими тревожными аспектами существования и глубокое понимание уязвимости и бренности людей как биологических существ имеет два важных последствия. Первое из них это глубокий эмоциональный и философский кризис, заставляющий индивидов всерьез задумываться о смысле жизни и своих жизненных ценностях. Через эти переживания они приходят к пониманию (не интеллектуально, но на глубоком, почти клеточном уровне), что независимо от того, что они будут делать, им не избежать неминуемого. Им придется покинуть этот мир, лишившись всего, что они достигли и накопили. Этот процесс онтологического кризиса обычно связан с определенной кристаллизацией базовых ценностей. Мирские амбиции, сопернические устремления и жажда статуса, власти, славы, престижа и собственности угасают, если пересматриваются на фоне неминуемого окончания каждой человеческой драмы биологическим разрушением.

Другое важное последствие этого шокирующего столкновения с явлением смерти это открытие областей религиозных и духовных переживаний, которые, похоже, являются естественной частью человеческой личности и не зависят от культурной и религиозной среды и программирования индивида. Единственным способом разрешить описанную выше экзистенциальную дилемму является трансценденция. Индивиду нужно найти ориентиры, выходящие за пределы узких границ его или её тленной физической оболочки и пределов продолжительности человеческой жизни. Похоже, все, кто переживает эти уровни, получают убедительные прозрения о наивысшем значении духовного измерения в универсальной схеме вещей. Даже позитивистски ориентированные ученые, убежденные материалисты, скептики и циники, бескомпромиссные атеисты и противники религии, такие, как марксистские философы и политики, после столкновения с этими уровнями самих себя вдруг начинают интересоваться духовными поисками.

Последовательности смерти и рождения (или перерождения), характерные для перинатального раскрытия, часто очень драматичны и имеют множество биологических сопровождений, заметных даже стороннему наблюдателю. Субъекты могут часами пребывать в агонических страданиях, гримасничая, задыхаясь и высвобождая огромное количество мышечного напряжения в дрожи, судорогах, сильных припадочных и сложных скручивающих движениях. Лицо может становиться темно багровым или мертвенно бледным, пульс значительно ускоряется. Температура тела обычно колеблется в широком диапазоне, потение может быть усилено, и часто бывает тошнота с фонтанной рвотой.

На нынешней стадии исследований не совсем ясно, как вышеописанные переживания связаны с обстоятельствами настоящего рождения индивида. Некоторые ЛСД субъекты относятся к ним, как к повторному переживанию своей травмы рождения, другие не проводят такой прямой связи и осмысливают свою встречу со смертью и возрождением с чисто символической, философской и духовной точек зрения. Однако даже во второй группе перинатальные переживания, как правило, сопровождаются набором физических симптомов, которые могут быть интерпретированы, как производные биологического рождения. В дополнение к выполнению припадочных движений и других вышеописанных условий могут присутствовать сердечная недостаточность и нарушения ритма и гиперсекреция слюны и слюны. Субъекты также принимают различные эмбриональные позы и выполняют движения, похожие на движения ребенка во время различных стадий появления на свет. Вдобавок, они часто сообщают о видениях или отождествлении с плодом и новорожденным ребенком. Так же часты некоторые подлинные ощущения новорожденного, позы и поведение, а также видения женских гениталий и грудей.

Большая часть богатого и сложного содержания ЛСД сеансов, отражающего этот уровень бессознательного, похоже, попадает в четыре типичных группы или шаблона переживаний. Во время поиска простой, логичной и органичной концептуализации этого наблюдения я был поражен удивительными параллелями между этими шаблонами и клиническими стадиями рождения. Оказалось очень полезным с точки зрения дидактических целей, теоретических соображений и практики ЛСД психотерапии связать эти четыре категории явлений с четырьмя последовательными стадиями процесса биологического рождения и с переживаниями ребенка в перинатальный период. Для краткости я называю функциональные структуры бессознательного, проявляющиеся в этих четырех основных шаблонах переживания, *Базовыми Перинатальными Матрицами* (БПМ I-IV). Я понимаю их как гипотетические динамические управляющие системы, несущие такую же функцию на перинатальном уровне, как и СКО на психодинамическом уровне.

Базовые перинатальные матрицы обладают собственным специфическим содержанием: конкретными, реалистичными и достоверными переживаниями, связанными с отдельными стадиями биологического рождения и их символическими и духовными дополнениями (к примеру, элементы космического единства, вселенского поглощения, безысходности, борьбы смерти-возрождения и переживания смерти-возрождения). Вдобавок к проявлению специфического содержания базовые перинатальные матрицы также действуют как организующие принципы для материала с других уровней бессознательного. Так, перинатальные переживания на психоделическом сеансе могут начаться в связи со специфическим психодинамическим материалом, относящимся к различным СКО, а также в связи с определенными типами трансперсональных переживаний. Особенно часто переживаниям рождения сопутствуют воспоминания болезней, операций и несчастных случаев из жизни индивида, архетипические феномены (особенно образы Ужасной Матери и Великой Матери), элементы группового сознания, родовые или филогенетические переживания и воспоминания прошлых воплощений.

Отдельные перинатальные матрицы также имеют устойчивые ассоциации с активностью в фрейдовских эrogenных зонах и с определенными категориями психиатрических нарушений. Все эти сложные взаимоотношения показаны в синоптической модели на страницах 75-78. Они дают ключи к пониманию многих иначе озадачивающих аспектов ЛСД переживаний, а также имеют далеко идущее значение для теории психиатрии. Эта модель показывает, помимо всего прочего, и тесные параллели между стадиями биологического рождения и картиной сексуального оргазма. Сходство между данными двумя биологическими моделями это факт фундаментальной теоретической важности. Оно позволяет перенести этиологический акцент в психогенезе эмоциональных нарушений с сексуальной динамики на перинатальные матрицы, не отрицая и не занижая важности и правильности базовых фрейдовских принципов понимания психодинамических феноменов и их взаимоотношений.

Ниже Базовые Перинатальные Матрицы будут описаны в последовательности, в которой расположены соответствующие стадии биологического рождения. В серийных ЛСД сеансах хронологический порядок не поддерживается, и элементы отдельных матриц могут проявляться в самых разных последовательностях. Процесс смерти-возрождения не состоит из одного-единственного переживания умирания и перерождения, и неважно, насколько глубоким и полным это переживание может ощущаться. Как правило, требуется значительное число последовательностей смерти-возрождения и целые серии ЛСД сеансов с высокой дозой, чтобы проработать материал перинатального уровня со всеми его биологическими, эмоциональными, философскими и духовными проявлениями.

В этом процессе индивид должен предстать перед глубочайшими корнями экзистенциального отчаяния, метафизического страха и одиночества, убийственной агрессии, неизмеримой вины и чувства неполноценности, а также мучительного физического дискомфорта и агонии полного уничтожения. Эти переживания открывают доступ к противоположному концу спектра—оргастическим чувствам космических масштабов, духовного освобождения и просветления, чувства экстатического соединения со всем творением и мистического единства с творящим принципом Вселенной. Поэтому психоделическая терапия, включающая переживания перинатального уровня, кажется современной версией процесса, который практиковался на протяжении тысячелетий в различных храмовых мистериях, ритуалах перехода, тайных посвящениях и религиозных собраниях экстатических сект.

БПМ I

Связанные Психопатологические Синдромы

Шизофренические психозы (параноидная симптоматология, чувства мистического единства, встреча с метафизическими силами зла, кармические переживания); ипохондрия (основанная на странных причудливых физических ощущениях); истерическое галлюцинирование и смешение мечтаний с реальностью

Соответствующая Активность во Фрейдовских Эрогенных Зонах

Либидинальное удовлетворение во всех эрогенных зонах; либидинальные чувства во время раскачивания и купания; частичное приближение к этому состоянию после орального, анального, уретрального или генитального удовлетворения и после родов

Связанные Воспоминания из Постнатальной Жизни

Ситуации последующей жизни, когда важные потребности удовлетворены, к примеру, счастливые моменты младенчества и детства (хорошая забота, игры с ровесниками, гармоничные периоды в семье и т.д.), взаимная любовь, романы; путешествия или отпуска в красивой природной обстановке; созерцание произведений искусства высокого эстетического значения; плавание в океане и чистых озерах и т.д.

Феноменология на ЛСД Сеансах

Спокойная внутриутробная жизнь: реалистические воспоминания «хорошей матки», переживание «океанического» экстаза; переживание космического единства; видения Рая;

Нарушения внутриутробной жизни: реалистические воспоминания переживаний «плохой матки» (эмбриональные кризисы, болезни или эмоциональные всплески матери, ситуация близнецов, попытки аборта), космическое поглощение: параноидная идеация; неприятные физические ощущения («похмелье», озноб и мелкие спазмы, неприятные вкусы, отвращение, чувства отравления); ассоциации с различными трансперсональными переживаниями (архетипические элементы, расовые и эволюционные воспоминания, встреча с метафизическими силами, опыт прошлых воплощений и т.д.)



БПМ II

Связанные Психопатологические Синдромы

Шизофренические психозы (элементы адских пыток, переживания бессмысленного «картонного» мира); тяжелые, скрытые «эндогенные депрессии»; иррациональные чувства неполноценности и вины; ипохондрия (основанная на болезненных физических ощущениях), алкоголизм и наркозависимость.

Соответствующая Активность во фрейдовских Эрогенных Зонах

Оральная фрустрация (жажда, голод, болезненные стимулы); удержание кала и/или мочи; сексуальная фрустрация; холод, боль и другие неприятные ощущения

Связанные Воспоминания из Постнатальной Жизни

Ситуации, угрожающие выживанию или целостности тела (война, несчастные случаи, травмы, операции, болезненные заболевания, утопление, эпизоды удушья, тюремное заключение, промывание мозгов и нелегальные методы допроса, физическое насилие и т.д.); тяжелые психологические травмы (эмоциональная депривация, отверженность, угрозы, угнетающая атмосфера в семье, высмеивание и унижение и т.д.)

Феноменология на ЛСД сеансах

Огромное физическое и психологическое страдание; непреодолимая и неизбежная ситуация, которая никогда не закончится; различные видения ада; ощущения попадания в ловушку и заключения в клетке (нет выхода); мучительные чувства вины и неполноценности; апокалиптическое видение мира (ужасы войны и концентрационных лагерей, террора Инквизиции; опасные эпидемии; болезни; истощение и смерть и т.д.); бессмысленность и абсурдность человеческого существования; «картонный мир» или атмосфера искусственности и никчемности; зловещие темные цвета и неприятные телесные ощущения (ощущение гнета и давления, сердечная недостаточность, жар и озноб, потливость, затрудненное дыхание).



БПМ III

Связанные Психопатологические Синдромы

Шизофренические психозы (элементы садомазохизма и скатологии, членовредительство, патологическое сексуальное поведение); тревожная депрессия, сексуальные отклонения (садомазохизм, мужская гомосексуальность, уролагния и копрофагия); обсессивно-компульсивный невроз; психогенная астма, тики и заикание; конверсивная и тревожная

истерия; фригидность и импотенция; неврастения; травматические неврозы; вегетативные неврозы; мигрень; энурез и энкопрез; псориаз; язвенная болезнь

Соответствующая Активность во Фрейдовских Эрогенных Зонах

Жевание и глотание пищи, оральная агрессия и разрушение объекта; процесс дефекации и мочеиспускания; анальная и уретральная агрессия; сексуальный оргазм; роды; статоакустический эротизм (тряска, гимнастика, прыжки в воду, прыжки с парашютом).

Связанные Воспоминания из Постнатальной Жизни

Сражения, битвы и приключения (активные атаки в сражениях и революциях, испытания военной службы, тяжелые воздушные бои, океанские штормы, опасное вождение автомобиля, драки); высоко чувственные воспоминания (карнавалы, парки аттракционов и ночные клубы, Wild Parties, сексуальные оргии и т.д.); наблюдение в детстве за сексуальной активностью взрослых, опыт совращения и изнасилования; роды у женщин.

Феноменология на ЛСД сеансах

Усиление страданий до космических размеров; грань между болью и наслаждением; вулканический экстаз; яркие цвета; взрывы и фейерверки; садомазохистские оргии; убийства и кровавые жертвоприношения, активное участие в жестоких битвах; атмосфера диких приключений и опасных разведок; сильные сексуальные оргастические чувства и сцены гаремов и карнавалов; переживания смерти и возрождения; религии, включающие в себя кровавые жертвоприношения (ацтеки, муки Христа и смерть на кресте, Дионисий и т.п.); мощные телесные проявления (сдавливания и боли, удушье, мышечное напряжение, разряжающееся в судорогах и подергиваниях, тошнота и рвота, жар и озноб, потливость, сердечная недостаточность, проблемы с контролем сфинктеров, звон в ушах).



БПМ IV

Связанные Психопатологические Синдромы

Шизофренические психозы (переживания смерти-возрождения, мессианский бред, элементы разрушения и воссоздания мира, спасение и искупление, отождествление с Христом); маниакальная симптоматика; женская гомосексуальность, эксгибиционизм.

Соответствующая Активность во Фрейдовских Эрогенных Зонах

утоление жажды и голода; удовольствие от сосания; либидинальные чувства после дефекации, мочеиспускания, сексуального оргазма или рождения ребенка.

Связанные Воспоминания из Постнатальной Жизни

Удачное избежание опасных ситуаций (конец войны или революции, выживание при несчастном случае или операции); преодоление сложных препятствий при помощи активной борьбы; эпизоды напряжения и упорной борьбы приводящей к выдающемуся успеху; картины природы (начало весны, прекращение океанского шторма, восход солнца и т.д.)

Феноменология на ЛСД сеансах

Огромное понижение давления, расширение пространства, видения гигантских чертогов; яркий свет и прекрасные цвета (небесно-голубой, золотой, радуга, перья павлина); чувство возрождения и освобождения; высокая оценка простого образа жизни; улучшение сенсорного восприятия; братские чувства; гуманитарные и благотворительные тенденции; иногда

маниакальное поведение и грандиозное чувство; переход к элементам БПМ I; приятные ощущения иногда могут прерываться *пуповинным кризисом*: острая боль в пупке; одышка, страх смерти и кастрации, изменения в теле, но нет никаких внешних давлений.



Перинатальная матрица I (Первичное Единство С Матерью)

Первая перинатальная матрица (БПМ I) относится к первичному единству с матерью, к первоначальному состоянию внутриутробного существования, во время которого материнский организм и ребенок образуют симбиотический союз. Если не вмешиваются вредоносные стимулы, условия для плода близки к идеальным, включая защиту, безопасность и постоянное удовлетворение всех потребностей. Однако различные неблагоприятные обстоятельства могут нарушить это состояние. Сюда входят болезни и тяжелые эмоциональные состояния матери, а также беспокоящие влияния из внешнего мира, такие, как токсины, громкие звуки и механические толчки или вибрации. Поэтому первая перинатальная матрица имеет свои позитивные и негативные аспекты; субъекты обычно называют их переживанием «хорошей матки» и «плохой матки».

Элементы ненарушенного *внутриутробного существования* могут переживаться на ЛСД сеансах в конкретной биологической форме или в форме его духовной альтернативы, *опыта космического единства*. Хотя «океанические чувства» эмбрионального состояния не идентичны переживанию космического единства, похоже, между этими двумя состояниями есть глубокая связь и много общего. Переживание космического единства характеризуется выходом за пределы обычной дихотомии субъекта-объекта. Индивид в этом состоянии начинает глубоко осознавать своё единство с другими людьми, природой и всей Вселенной и с высшим творящим принципом, Богом. Это сопровождается потрясающими позитивными эмоциями, которые могут колебаться от умиротворения, безмятежности и блаженства до экстатического восторга. В этом состоянии происходит трансценденция категорий пространства и времени, и субъекты могут воспринимать себя существующими вне обычного пространственно-временного континуума. В высшем варианте они могут переживать вечность и бесконечность за период секунд и минут обычного времени. Другой типичной характеристикой этого состояния являются чувство священности и высшего прозрения об истинной и реальной природе существования. Описания этого опыта откровения обычно полны парадоксов и, кажется, нарушают основные законы аристотелевой логики. Это состояние сознания называется «бессодержательным и содержащим всё», «бесформенным, но полным формы», «космическое величие при предельном смирении», или характеризуется потерей эго, хотя в то же время эго расширяется и становится всей Вселенной. Разные субъекты испытывают и описывают это событие в разных символических рамках. Наиболее часты ссылки на Рай, Сад Эдема, Небеса, елисейские поля, *unio mystica*, Дао, единство Атман-Брахман, Тат твам аси (Ты есть То).

С закрытыми глазами феномен космического единства переживается как независимый сложный вид переживаний, океанический экстаз. С открытыми глазами переживается слияние с окружением и чувство единения с воспринимаемыми объектами. Это тот самый опыт, который описан в мистических категориях Уолтера Панке и который Абрахам Мэслоу

называет «пиковым переживанием». На ЛСД сеансах чувства космического единства, похоже, тесно связаны с переживанием «хорошей матки», «хорошей груди» и счастливыми детскими воспоминаниями. Также они, видимо, представляют собой важную дверь к ряду трансперсональных переживаний, таких, как родовая память, элементы расового и коллективного бессознательного, кармические явления, эволюционные воспоминания и различные архетипические конstellации. Нарушения внутриутробного развития могут также переживаться в конкретно биологической форме или символически как встречи с различными демоническими образами, метафизическими силами зла или пагубными астрологическими влияниями.

Касательно механизмов памяти, позитивные аспекты БМП I связаны с позитивными СКО. Положительная сторона БМП I, похоже, представляет основу для записи всех последующих жизненных ситуаций, в которых индивид расслаблен, относительно удовлетворил потребности и не обеспокоен никакими неприятными стимулами. Негативные аспекты БМП I имеют похожие связи с определенными негативными СКО.

В отношении фрейдовских эrogenных зон, позитивные аспекты БМП I совпадают с биологическим и психологическим состоянием, в котором ни в одной из этих зон нет напряжений, и все побуждения удовлетворены. И наоборот, удовлетворение потребностей (утоление голода, мочеиспускание, дефекация, сексуальный оргазм или рождение ребенка) приводит к поверхностному и частичному приближению к вышеописанному лишенному напряжений экстастическому переживанию.

Перинатальная Матрица II (Антагонизм С Матерью)

ЛСД субъекты, столкнувшиеся с этим видом переживаний, часто связывают его с самым началом биологического рождения и с его первой клинической стадией. В этой ситуации изначальное равновесие внутриутробного существования нарушено, сначала предупреждающими химическими сигналами, а затем мышечными спазмами. Позже плод периодически сжимается сокращениями матки; шейка матки закрыта, и пути наружу ещё нет.

Как и в предыдущей матрице, соответствующие биологические ситуации могут переживаться очень реалистичным образом. Символическое сопровождение начала рождения—переживание космического поглощения. Оно включает сокрушительные чувства возрастающей тревоги и осознание неминуемой угрозы жизни. Источник этой приближающейся опасности неясен, и субъект склонен интерпретировать фактическую обстановку в параноидной манере. Нередко индивиды в этом состоянии сообщают об ощущениях злых влияний, исходящих от членов секретных организаций, инопланетян, злонравных гипнотизеров, черных магов, дьявольских приспособлений, излучающих радиацию или токсичные газы. Дальнейшее усиление беспокойства обычно приводит к переживанию чудовищной, гигантской воронки, водоворота, засасывающего субъекта и весь его или её мир в свой центр. Частая разновидность этого вселенского поглощения это переживание проглатывания ужасным монстром вроде гигантского дракона, осьминога, питона, крокодила, кита или паука. Менее драматичной формой является погружение в преисподнюю и встречи с различными опасными созданиями и сущностями.

Символическое сопровождение полностью раскрытой первой клинической стадии родов это переживание «нет выхода». Важная черта этого вида переживаний это потемнение визуального поля и мрачные, зловещие тона всего, что в нем находится. Субъекты чувствуют себя запертыми в клетку или пойманными в ловушку чудовищной клаустрофобной ситуации и испытывают невероятные психологические и физические муки. Эта ситуация обычно абсолютно непреодолима и кажется бесконечной и безнадежной. Под влиянием этой матрицы индивид не способен видеть ни возможности конца своих страданий, ни способов их избежать. Жажда смерти и суицидальные желания могут сочетаться с ощущением тщетности и убежденностью, что даже физическая смерть не закончит этого адского состояния и не принесет облегчения.

Этот вид переживаний может проявляться на нескольких уровнях, которые могут испытываться отдельно, последовательно или попеременно. Глубочайший уровень связан с

различными пониманиями ада (ситуации бесконечных непреодолимых страданий), как он описывался различными религиями мира. В более поверхностной версии того же шаблона переживаний субъект сталкивается с образами нашей планеты и видит мир апокалиптическим местом, полным кровавого террора, бессмысленных страданий, геноцида, расовой ненависти, опасных эпидемий и природных катаклизмов. Существование в этом мире кажется совершенно бессмысленным, ненужным и абсурдным, и все попытки найти хоть какой-то смысл человеческой жизни оказываются тщетными. Под влиянием этой матрицы индивид воспринимает мир и человеческое существование предвзято, через негативный трафарет; он или она кажутся слепыми к любым позитивным аспектам жизни. В наиболее поверхностной форме переживания субъект видит свою конкретную жизнь как хождение по кругу, совершенно безнадежной, непреодолимой и полной неразрешимых проблем. Стандартными составляющими этой матрицы являются мучительные чувства метафизического одиночества, отчужденности, беспомощности, безнадежности, неполноценности и вины.

Символизм, наиболее часто сопровождающий этот вид переживаний, включает различные образы ада, унижения и страдания Христа и тему вечного проклятия, как в примерах Агасфера, Летучего Голландца, Сизифа, Иксиона, Танталя или Прометея. Наиболее важная черта, отличающая этот вид переживаний от следующего, это однозначный акцент на роли жертвы и факт непреодолимости, неизбежности и бесконечности ситуации (кажется, что нет выхода ни в пространстве, ни во времени).

БПМ II, похоже, становится основой для записи всех чрезвычайно неприятных будущих ситуаций, в которых пассивный и беспомощный индивид является жертвой, которой угрожают подавляющие и разрушительные внешние силы. Касательно фрейдовских эrogenных зон, эта матрица, видимо, связана с состоянием неприятного напряжения во всех зонах. На оральном уровне это голод, жажда, тошнота и болевые стимулы; на анальном уровне это удержание фекалий; и на уретральном уровне это удержание мочи. Соответствующие феномены на генитальном уровне это сексуальная фрустрация и чрезмерное напряжение, а также боли, испытываемые женщиной во время первой клинической стадии родов.

Перинатальная Матрицы III (Синергизм С Матерью)

Многие аспекты этой сложной эмпирической матрицы могут быть поняты из ассоциации со второй клинической стадией биологического рождения. На этой стадии сокращения матки продолжают, но шейка матки уже широко открыта и делает возможным постепенное и трудное продвижение через родовой канал. Есть огромная борьба за выживание, сокрушительные механические давления и часто сильная гипоксия и удушье. На завершающей стадии рождения плод может контактировать с рядом биологических материалов, таких, как кровь, слизь, околоплодная жидкость, моча и даже фекалии.

С эмпирической точки зрения эта матрица весьма разветвлена и сложна. Наряду с собственно реалистическим повторным проживанием различных аспектов протискивания через родовой канал она почти всегда включает набор феноменов, которые могут быть расположены в типичных последовательностях. Её важнейшие грани это атмосфера *титанической борьбы, садомазохистские оргии, сильные сексуальные ощущения, скатология и элемент очищающего огня (пирокатарсис)*, происходящие в различных комбинациях. Данные элементы составляют *борьбу смерти-возрождения*.

Субъект ощущает в этом состоянии мощные потоки энергии, несущиеся через всё его или её тело и возрастающие до такого уровня концентрации и конденсации, который, кажется, выходит за все мыслимые пределы. Это сопровождается эпизодами взрывоподобных разрядов и чувствами экстатического освобождения. Эти переживания обычно сопровождаются видениями титанических битв вселенских масштабов, архетипических подвигов героев, атомных взрывов, термоядерных реакций, запусков ракет и космических кораблей, теплоэлектростанций, гидроэлектростанций, высоковольтных силовых линий, драматических сцен разрушения в современных войнах, гигантских пожаров, извергающихся вулканов, землетрясений, торнадо и других природных катаклизмов. Смягченная форма этой матрицы

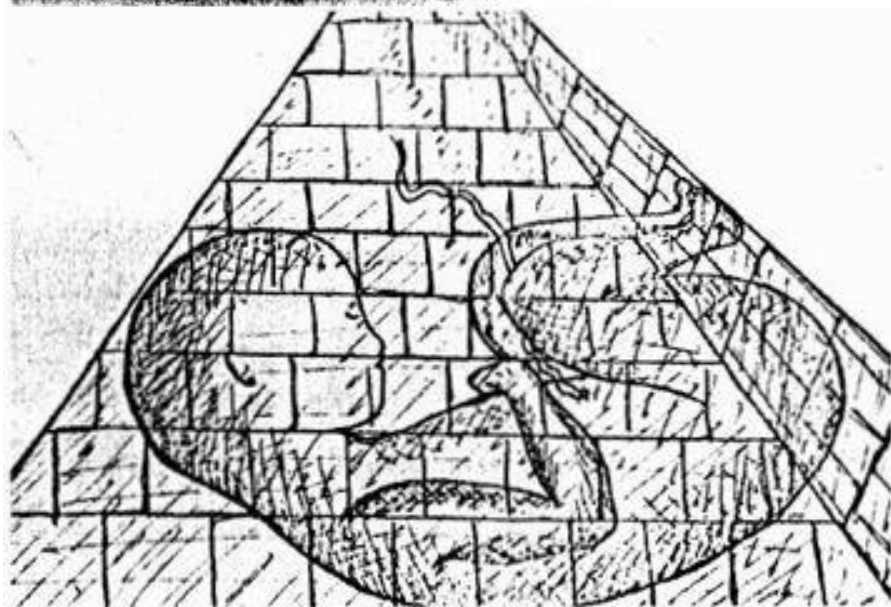
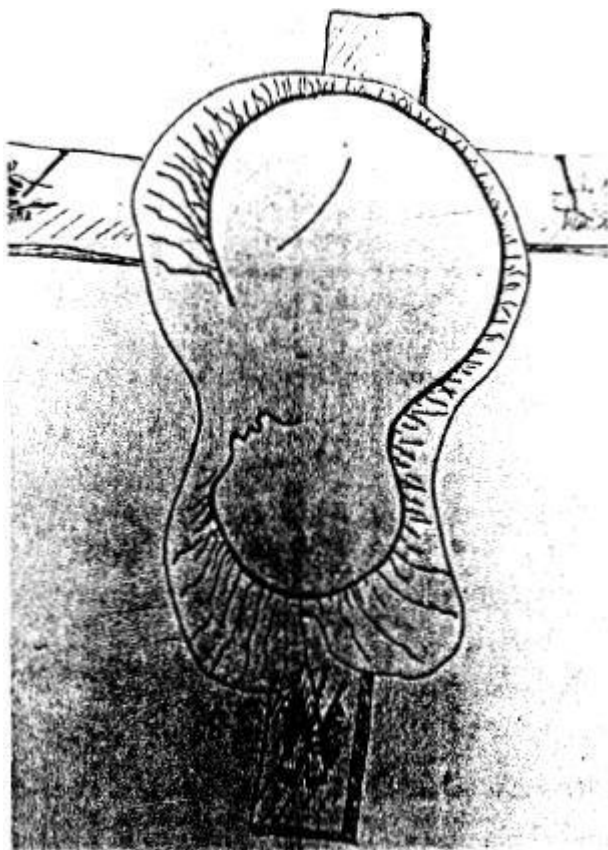
связана с видениями средневековых битв, кровавых революций, опасных охот на диких животных или открытий и завоеваний новых континентов.

Другой важный аспект этой эмпирической матрицы это чрезмерная активация садомазохистских элементов в личности субъекта. Огромное количество агрессивной энергии разряжается и расходуется в разрушительных и саморазрушительных фантазиях, видениях и ярких переживаниях. Индивид участвует в изнасилованиях, различных сексуальных перверсиях, включающих боль, зверских убийствах, пытках и жестокостях всех видов, казнях, увечьях, кровавых жертвоприношениях и самопожертвованиях. Это может сопровождаться суицидальной идеацией, фантазиями или даже тенденциями к грубому и калечащему саморазрушению.

Сексуальное возбуждение может достичь необычно высокого уровня и выражаться в сложных сценах необузданных оргий, порнографических эпизодах, видениях ближневосточных гаремов, бесконечных восточных нюансах искусства любви, развратных карнавалах и ритмичных сексуальных танцах. В этом контексте многие ЛСД субъекты обнаруживают тесную эмпирическую связь между агонией и сексуальным экстазом; они осознают, что сильное оргастическое возбуждение может граничить со страданием, и смягченная агония может переживаться, как сексуальное наслаждение.

Скатологический аспект процесса смерти-возрождения может быть очень полным и иметь не только визуальные и тактильные, но также обонятельные и вкусовые измерения. Субъект может ощущать себя валяющимся в экскрементах, тонущим в выгребных ямах, ползающим в отбросах или канализационных системах, поедающим фекалии, глотающим слизь, пьющим кровь или мочу или сосущим гниющие раны. Это обычно сопровождается ощущением прохождения через очищающий и омолаживающий огонь; кажется, что его неодолимое пламя разрушает всё поврежденное и испорченное в индивиде и готовит его или её к переживанию духовного возрождения.

Религиозный и мифологический символизм этой матрицы чаще всего происходит из религий, восхваляющих кровавые жертвоприношения или использующих их на своих церемониях. Очень часты отсылки к Ветхому Завету; образы страданий и смерти Христа на кресте; сцены поклонения Молоху, Астарте или Кали; и видения ритуалов различных доколумбовых культур, использующих жертвоприношения и самопожертвование, как это делали Ацтеки, Микстеки, Олмеки и религии майя. Другая группа образов связана с религиозными ритуалами и церемониями, включающими секс и дикие ритмичные танцы: ритуалы плодородия, фаллические культы или различные племенные религии аборигенов. Частый связанный с очищающим огнем символ это образ легендарной птицы Феникс. Очень уместная символизация скатологического аспекта борьбы смерти-возрождения это Геркулес, чистящий скотный двор Короля Авгия или ацтекская богиня Тласолтеотль, Пожирательница Нечистот, божество деторождения и плотской похоти.



(Выше) Инсайт о связи между рождением и распятием—распятый плод .

(Ниже) Связь между внутриутробным существованием и трансцендентальными чувствами покоя—плод внутри пирамиды.



Скатологическое переживание, показывающее субъекта плавающим в гигантской выгребной яме.

От описанной ранее безвыходной констелляции эту матрицу отличают несколько важных характеристик. Ситуация здесь не кажется безнадежной, и субъект не беспомощен. Он или она принимает активное участие и ощущает, что страдание имеет определенное направление и цель. В религиозных понятиях эта ситуация была бы ближе к чистилищу, чем к аду. Вдобавок, субъект не играет роль исключительно беспомощной жертвы. Он является наблюдателем и может одновременно отождествляться с обеими сторонами до такой степени, что бывает трудно различить, агрессор он или жертва. В то время как ситуация нет-выхода включает чистое страдание, переживание борьбы смерти-возрождения представляет грань между агонией и экстазом и их смесью. Для этого типа переживаний кажется подходящим название «Вулканический экстаз» по контрасту с «океаническим экстазом» космического единства.

Как матрица памяти, БПМ III связана со всеми переживаниями индивида, включающими сильные чувственные и сексуальные элементы, с дикими, опасными и захватывающими приключениями, а также с подверженностью скатологии. Воспоминания сексуального соращения, оргий, жестоких изнасилований также записываются в этом контексте. Что до фрейдовских эрогенных зон, то эта матрица связана с действиями, приносящими резкое облегчение и релаксацию после долгого периода напряжения. На оральном уровне это жевание и глотание еды (или наоборот, рвота); на анальном и уретральном уровнях это процесс дефекации и мочеиспускания; на генитальном уровне это механизм сексуального оргазма и чувства рождающей женщины на второй стадии родов.

Перинатальная Матрица IV (Отделение От Матери)

Эта перинатальная матрица значительно связана с третьей клинической стадией родов. В этой финальной фазе мучительный процесс интенсивной борьбы достигает кульминации; продвижение по родовому каналу завершено, и за крайним усилением напряжения и страдания следует облегчение и релаксация. После перерезания пуповины кровь перестает поступать по её сосудам, и ребенку нужно развивать собственные системы дыхания, пищеварения и выделения. Физическое отделение от матери завершено, и новорожденный начинает свое существование как анатомически независимый индивид.

Как и в случае предыдущих матриц, некоторые входящие сюда переживания, похоже, представляют реалистичное повторное переживание настоящих биологических событий во время этой фазы, а также специфических акушерских вмешательств. Символическое соответствие этой финальной стадии рождения—*переживание смерти-возрождения*; оно является завершением и разрешением борьбы смерти-возрождения. Физическая и

эмоциональная агония кульминирует в чувство абсолютного уничтожения на всех вообразимых уровнях. Оно включает ужасное чувство физического разрушения, эмоциональной катастрофы, интеллектуального поражения, крайней моральной ошибки и абсолютного проклятия трансцендентального масштаба. Это переживание обычно описывают как «смерть эго»: кажется, оно влечет за собой немедленное и беспощадное разрушение всех ориентиров предшествующей жизни индивида.

После того, как субъект испытал пределы тотального уничтожения и «ударился о космическое дно», его или её озаряет слепящий белый или золотой свет. Клаустрофобный и сжатый мир борьбы рождения внезапно раскрывается и расширяется до бесконечности. Основная атмосфера—освобождение, спасение, искупление, любовь и всепрощение. Субъект чувствует себя освобожденным от бремени и очищенным и говорит, что освободился от невероятного количества личного «багажа», вины, агрессии и беспокойства. Это обычно связывается с братскими чувствами ко всем ближним и высокой оценкой теплых человеческих взаимоотношений, дружбы и любви. Иррациональные и чрезмерно большие амбиции, а также жажда денег, статуса, славы, престижа и власти, в этом состоянии кажутся детскими, неуместными и абсурдными. Часто есть сильная склонность делиться и участвовать в благотворительности. Вселенная воспринимается неопишимо красивой и лучезарной. Все сенсорные пути кажутся широко открытыми и чувствование и оценка внешних стимулов значительно усилены. Индивид в этой области переживаний обычно обнаруживает в себе истинно позитивные ценности, а именно, чувство справедливости, восхищение красотой, чувства любви и самоуважение, а также уважение других. Эти ценности, а также мотивация им следовать и жить в согласии с ними, воспринимаются в этом состоянии присущими человеческой природе. Они не могут быть удовлетворительно объяснены в понятиях компенсации, реактивного образования или сублимации примитивных инстинктивных побуждений. Индивид испытывает их как подлинные и необъемлемые части универсального порядка.

Символизм, связанный с переживанием смерти и возрождения, может происходить из многих разных культурных рамок. Элемент смерти эго может здесь связываться с видениями различных деструктивных божеств, таких, как Молок, Шива Разрушитель, Уитцилопочтли, и ужасной богини Кали и Коатликуэ, а может переживаться в полной идентификации со смертью Христа, Озириса, Адониса или Диониса. Типичный символизм момента возрождения включает фантастические видения сияющих источников света, ощущаемых священными, небесно голубых космических просторов, прекрасного радужного спектра или узоров наподобие павлиньих перьев. Довольно часты нефигуративные образы Бога, например, Дао, Атман-Брахман, Аллах или Космическое Светило. Иногда субъекты могут видеть персонифицированные образы и традиционные репрезентации Бога и различных божеств конкретных религий. Так, Бог может явиться в христианской форме, как архетипический мудрый старец на троне, окруженный херувимами и серафимами в лучезарном великолепии. Также очень часто в этом контексте переживание единства с Великой Матерью, такой, как Божественная Изида египтян, Кибела или Дева Мария. Присоединение к греческим богам Олимпа в питье нектара и вкушении амброзии, допуск в германскую Вальхаллу, прибытие в Елисейские поля—являются некоторыми дополнительными символическими альтернативами для переживания возрождения. Другие видения включают гигантские залы с богато украшенными колоннами, мраморными статуями и хрустальными люстрами или красивые природные сцены—звездное небо, величавые горы, восхитительные долины, цветущие луга или чистые озера и океаны.

Касательно памяти, БПМ IV является матрицей для записи всех последующих ситуаций, включающих большой личный успех и завершение условий длительной серьезной опасности, к примеру, окончание войн или революций, выживание в несчастных случаях или восстановление после суровых заболеваний. Что до фрейдовских эрогенных зон, БПМ IV связана на всех уровнях развития либидо с состоянием удовлетворения сразу после понижения

или устранения напряжения (проглатывания еды, окончания рвоты, дефекации, мочеиспускания, сексуального оргазма или родов).

Базовые Перинатальные Матрицы на перинатальном уровне несут функцию, сравнимую с ролью СКО в психодинамической области. Феномены, происходящие на психоделических сеансах с преобладанием перинатальной природы, можно понимать, как результат успешной экстериоризации, абреакции и интеграции содержания негативных перинатальных матриц (БПМ II и III), и налаживанием связи с позитивными (БПМ I и IV). Когда перинатальная матрица доминирует в переживаниях, её содержание определяет не только эмоциональные реакции, мыслительные процессы и физические проявления субъекта, но также его или её восприятие физической и межличностной среды. Господство БПМ I предоставляет абсолютно позитивный трафарет, заставляющий субъекта видеть мир светлым, невероятно красивым, безопасным, питающим и, в сущности, проявлением божественного. Переход от БПМ I к БПМ II (космическое поглощение) привносит элемент неясной, но фундаментальной угрозы. Мир и все его части кажутся наступающими на субъекта и представляющими серьезную угрозу его или её безопасности, разуму и жизни. Субъект склонен бояться западни и может попытаться выбраться из терапевтической комнаты, не понимая, что ловушка находится внутри. Чувства паники и паранойя являются типичными спутниками этого состояния. С точки зрения эмпирического трафарета БПМ II это полная противоположность БПМ I. Мир видится безнадежным местом дьявольских, абсурдных и бессмысленных страданий. Он также может иметь пустое, картонное качество или причудливый и гротескный характер циркового представления. Влияние БПМ III обычно придает миру качество опасного поля битвы, где каждый должен быть на чеку и тяжело бороться за свою жизнь. Сексуальный, садомазохистский и скатологический компонент этой матрицы также может найти свое выражение в изменении восприятия мира. БПМ IV придает миру ощущение свежести, новизны, чистоты и радости, связанное с чувством триумфа.

Вышеприведенные описания отражают только наиболее общие характеристики функционирования перинатальных матриц, как управляющих систем; индивидуальные переживания, происходящие в этом контексте, представляют проявления их специфического содержания, как описано выше (см. таблицу). Как и СКО, перинатальные матрицы ведут сложное, двустороннее взаимодействие с элементами окружающей среды. После плохо разрешенного ЛСД сеанса динамическое влияние активированной негативной матрицы на повседневную жизнь индивида может продолжаться неопределенное время. После хорошо интегрированного сеанса перинатальной природы субъект может остаться под продолжительным влиянием позитивной матрицы, доминировавшей в переживаниях на момент, когда действие препарата заканчивалось. И наоборот, внешние влияния, содержащие элементы, характерные для индивидуальных перинатальных матриц, могут способствовать соответствующим переживаниям из области процесса смерти-возрождения.

ТРАНСПЕРСОНАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

Общим знаменателем этой иначе сложной и разветвленной группы явлений является ощущение субъекта, что его сознание расширилось за пределы обычных границ эго и превзошло ограничения времени и пространства. В «нормальном» или обычном состоянии сознания мы ощущаем себя существующими в рамках физического тела (образа тела), и наше восприятие окружающей среды ограничено рядом экстероцепторов. Наше внутреннее восприятие (интерорецепция) и восприятие внешнего мира (экстерорецепция) определяются обычными пространственными и временными границами. В обычных обстоятельствах мы живо переживаем только нашу нынешнюю ситуацию и непосредственное окружение: мы *вспоминаем* прошлые события и *предполагаем* будущее или фантазируем о нем.

В трансперсональных переживаниях, происходят ли они на психоделических сеансах или различных немедикаментозных контекстах, одно или несколько из вышеперечисленных ограничений, похоже, трансцендируется. Многие переживания, принадлежащие к этой категории, интерпретируются субъектами как регрессии в историческом времени и исследования их биологического и духовного прошлого. На психоделических сеансах нет

ничего необычного в переживании весьма конкретных и реалистичных эпизодов, воспринимающихся как зародышевая и эмбриональная память. Многие субъекты сообщают о живописных эпизодах на уровне клеточного сознания, которые, похоже, отражают их существование в форме спермы или яйцеклетки на момент зачатия. Иногда регрессия может идти ещё дальше, и субъект убежден, что переживает воспоминания из жизни своих предков или даже попадает в расовое и коллективное бессознательное. Иногда ЛСД субъекты сообщают о переживаниях, в которых они отождествляются с различными животными предками человека или имеют четкое ощущение, что повторно переживают эпизоды из своих прошлых воплощений.

Другие трансперсональные явления предполагают трансценденцию скорее пространственных, чем временных границ. Сюда входят переживания слияния с другой личностью в состоянии дуального единства или полное отождествление с ним или с ней, переходящее в сознание целой группы людей или расширение сознания до таких пределов, что оно будто охватывает всё человечество. Таким же образом можно превзойти пределы специфически человеческого опыта и превратиться в то, что кажется сознанием животных, растений и даже неживых объектов. В высшей точке возможно переживать сознание всего сущего, нашей планеты или всей материальной вселенной. Другое явление, связанное с трансценденцией обычных пространственных пределов, это сознание определенных частей тела (различных органов, тканей или отдельных клеток). Важной категорией трансперсональных переживаний, включающих трансценденцию времени и/или пространства являются различные феномены экстрасенсорного восприятия, а именно опыт выхода из тела, телепатия, предвидение, ясновидение и ясновыслушивание, и путешествия в пространстве и времени.

В большой группе трансперсональных переживаний расширение сознания, видимо, выходит за пределы феноменального мира и пространственно-временного континуума, каким мы его воспринимаем в нашей повседневной жизни. Очень частые примеры это встречи с духами умерших людей или сверхчеловеческими духовными сущностями. ЛСД субъекты также сообщают о многочисленных видениях архетипических форм, конкретных божеств и демонов, и сложных мифологических эпизодов. Интуитивное понимание универсальных символов или пробуждение Кундалини и активация разных чакр—дополнительные примеры этой категории. В крайней форме сознание индивида, кажется, охватывает всё существование целиком и отождествляется с Универсальным Разумом. Пределом всех переживаний, видимо, является Сверхкосмическая и Метакосмическая Пустота, таинственная первоначальная пустота и небытие, осознающее себя и содержащее всё существование в зачаточной форме.

Хотя мы обсудили трансперсональные переживания в контексте экстрафармакологических переменных, относящихся к личности субъекта, такой подход представляет серьезные затруднения. С одной стороны, трансперсональные феномены происходят в том же континууме, что и психодинамические и перинатальные переживания, в процессе глубокого самоисследования субъекта и изучения его бессознательного. С другой стороны, с точки зрения настоящей концептуальной системы, часто их истоки оказываются за пределами обычного представления об индивиде—в предыстории, будущем, отдаленных местах или иных измерениях существования. Психодинамический уровень вытекает из истории индивида и чисто биографичен по происхождению и природе. Перинатальные переживания, похоже, представляют собой границу между личностным и трансиндивидуальным, что отражается в их глубокой связи с биологическими рождением и смертью. Тогда трансперсональная область отражает связи между индивидом и космосом, опосредованные каналами, находящимися, видимо, за пределами нашего понимания. Все, что мы можем сказать в этой связи, это то, что где-то в процессе перинатального раскрытия, видимо, происходит качественный скачок, при котором глубинное исследование индивидуального бессознательного превращается в путешествие по просторам Вселенной и тому, что точнее всего можно назвать сверхсознательным разумом.

Тесное знакомство с бессознательными областями абсолютно необходимо не только для понимания психоделического процесса, но и для любого серьезного подхода к таким явлениям, как шаманизм, религия, мистицизм, ритуалы перехода, мифология, парапсихология и шизофрения. Трансперсональные переживания на ЛСД сеансах, как и в нелекарственных состояниях, склонны возникать в тематических кластерах. Так, например, эмбриональные переживания обычно связаны с эволюционными (филогенетическими) воспоминаниями и с образами блаженных и гневных архетипических божеств, в зависимости от природы внутриутробного переживания. Однако их организация гораздо слабее и не позволяет говорить о динамических управляющих системах и матрицах, как в случае психодинамического и перинатального материала. В процессе трансперсонального раскрытия подвергаются сомнению, подрываются и трансцендируются сами принципы, которые сделали бы возможной организацию и классификацию: концепции линейного времени, трехмерное пространство, материя, причинность и, в конечном счете, сама форма.

Появление трансперсональных переживаний начинает влиять на восприятие себя, присутствующих в комнате людей и физического окружения. Все эти элементы могут казаться систематически измененными определенным образом в соответствии с содержанием проявляющейся темы, будь это родовая или филогенетическая память, элементы расового и коллективного бессознательного, архетипические структуры или кармическая модель. Если сильное трансперсональное переживание (например, проявление важного архетипа или оживление воспоминания прошлого воплощения) не было завершено на психоделическом сеансе, оно может продолжать влиять на субъекта неопределенный период времени после окончания лекарственного опыта.

ЛИЧНОСТЬ ТЕРАПЕВТА ИЛИ РУКОВОДИТЕЛЯ

Многочисленные наблюдения, сделанные во время клинических исследований ЛСД, ясно указывают на то, что личности терапевта, помощника терапевта, ситтеров или любых присутствующих лиц являются факторами огромной важности в построении содержания, течения и результата психоделических сеансов. Возможно, наиболее важный элемент, определяющий природу ЛСД переживания, это чувство безопасности и доверия со стороны испытуемого. Это, конечно, критически зависит от присутствия или отсутствия руководителя, его или её личных характеристик и природы взаимоотношений между субъектом и этим человеком. Для успешного течения и результата ЛСД сеанса абсолютно необходимо, чтобы субъект оставил свои обычные защиты и отдался психоделическому процессу. Это обычно требует возможности доверять проверке реальности и все решения по практическим вопросам надежному ситтеру.

Человек, принимающий психоделический препарат в одиночестве, в действительности не может полностью отключить контроль в тяжелые моменты переживания, потому что частично ему приходится продолжать играть роль контроллера реальности и ситтера. Но полная отдача абсолютно необходима для завершения переживания смерти эго, одного из наиболее мучительных этапов в ЛСД процессе. Определенные важные проблемы, происходящие из межличностных ситуаций, например, базовое доверие, также могут не быть успешно разрешены и преодолены без элемента человека, предоставляющего корректирующий эмоциональный опыт. Я часто наблюдал на ранних стадиях нашей терапевтической работы с ЛСД, [5] когда роль ситтера ещё не была достаточно понятна, как пациенты оказывались неспособны преодолеть определенные повторяющиеся тупики в своих ЛСД сеансах, пока терапевт не обещал оставаться с ними в течение всего переживания и никогда не покидать комнату.

Если психоделические сеансы проводятся для терапевтических целей, эмоциональная значимость терапевта для пациента имеет два разных компонента. Первый основывается на реальности жизненной ситуации пациента на момент терапии и отражает тот факт, что терапевт является личностью, от которой ожидается помощь с неустойчивыми эмоциональными симптомами и жизненными трудностями. Вложение времени и энергии, а также необходимые для лечения финансовые затраты, в дальнейшем акцентируют

эмоциональную вовлеченность пациента. Второй компонент терапевтических взаимоотношений—это аспект переноса. В ЛСД терапии этот элемент, в основном, гораздо более силен, чем в конвенциональной психотерапии, и склонен возрастать с числом ЛСД сеансов, пока не достигнет разрешения. Он основан на том факте, что в течение длительного психотерапевтического взаимодействия на сеансах и вне их пациенты проецируют на терапевта ряд эмоциональных отношений, связанных с важными фигурами их прошлой и настоящей жизни, особенно с близкими членами семьи. Хотя существуют техники, способные уменьшить проблемы переноса в ходе свободных интервалов между психоделическими сеансами, этот элемент играет важную роль во время действия препарата. Нередко действия терапевта оказывают глубокое влияние на содержание и течение сеансов. В определенные периоды психоделического опыта ЛСД субъекты могут необычайно сильно реагировать на покидание терапевтом комнаты и на возвращение в неё, на предложение или прекращение физического контакта и на кажущиеся незначительными жесты и комментарии. Иногда даже такие феномены, как цвета оптических иллюзий и видений или мощные физические симптомы вроде тошноты и рвоты, удушье, агоническая боль и сердечные расстройства могут значительно изменяться в результате поведения, вмешательства и интерпретаций терапевта.

Важность терапевта как мощной детерминанты сеанса значительно возрастает, если ЛСД принимается после долгого периода систематической интенсивной психотерапии или если препарат назначается повторно в рамках психолитической серии. В этом случае нередко явления переноса играют доминирующую роль в выраженном содержании всего сеанса. [6]

Уровень человеческой и профессиональной заинтересованности терапевта, его или её клинический опыт и терапевтические навыки, личная надежность, свобода от беспокойства и текущее физическое и психическое состояние—очень важные факторы для успешной ЛСД терапии. Абсолютно необходимо, чтобы перед назначением ЛСД терапевт изучил свои собственные мотивацию и позицию по отношению к субъекту, попытался установить хорошие рабочие взаимоотношения и прояснил ситуацию переноса-контрпереноса. Терапевт никогда не должен предлагать ЛСД в качестве впечатляющей и «волшебной» процедуры застоявшемуся в психотерапии пациенту лишь потому, что он или она не может вынести атмосферу поражения, небезопасности и беспомощности. Другой нежелательный подход—давать препарат пациенту, о котором долгое время не заботились по личностным или объективным причинам, с целью компенсировать эти обстоятельства и создать ощущение, что происходит что-то важное. Возможно, самая опасная мотивация для использования ЛСД это необходимость продемонстрировать силу и авторитет проблемному пациенту, который подрывает чувство безопасности терапевта. Все эти и похожие проблемы, если не проанализированы удовлетворительно, могут с легкостью испортить ЛСД сеанс, особенно если они воспроизводят травматический опыт из прошлого пациента.

Чистота в отношениях между терапевтом и субъектом является необходимой предпосылкой для успешного течения терапии. Как мы упомянули раньше, ЛСД можно описать как усилитель ментальных процессов. Активируя интрапсихические элементы субъекта, он тем самым усиливает и межличностную ситуацию между ним и другими присутствующими на сеансе лицами. Это позволяет ясно увидеть аспекты переноса в отношениях и таким образом увидеть и природу неадекватных межличностных паттернов пациента. Если между терапевтом и пациентом царит ясность и открытость, это становится замечательной возможностью для терапевтического прогресса. Однако если в терапевтических взаимоотношениях до сеанса имеется явное или неявное недопонимание, конфликты и искажения, они могут быть увеличены действием препарата до такой степени, что станут серьезным препятствием и иногда угрозой процессу лечения. Потому важно, чтобы руководитель осознавал во время сеансов свои собственные интрапсихические и межличностные паттерны и не позволял им вмешиваться в психоделический процесс.

Все явления на ЛСД сеансах, в которых участвуют субъект, ситтеры и их взаимоотношения, являются результатом сложного взаимодействия между специфическими

личностными характеристиками каждого из них. Значимость отдельных влияний колеблется от ситуации к ситуации и от сеанса к сеансу. Однако так как ментальные процессы ЛСД субъектов мощно активированы препаратом, они обычно играют более важную роль в определении содержания и природы таких взаимодействий, если только со стороны ситтеров не вмешиваются очень серьезные проблемы контрпереноса.

Уровень искажений, вносимых переносом, видимо, связан с дозировкой и с природой бессознательного материала, проявляющегося на сеансе. В периоды, в которых субъект находится под воздействием препарата, но не взаимодействует ни с каким трудным эмоциональным материалом, он или она может демонстрировать необычную глубину и ясность восприятия. Возможность интуитивного и эмпатического понимания других может быть обострена и углублена до потрясающего уровня. В некоторых случаях ЛСД субъекты могут поразительно точно понимать ситтеров даже во время борьбы с разными эмоциональными проблемами. Это происходит, когда природа проблем, с которыми они столкнулись, похожа или идентична с проблематичными сферами в ситтерах. Глубокое исследование определенных бессознательных структур в себе может вызвать моментальное интуитивное понимание соответствующих проблем в других людях.

В этих ситуациях личности ситтеров, их мыслительные процессы, эмоциональные реакции, отношение и паттерны поведения становятся особенно важными. Мы часто наблюдали, как ЛСД субъекты могли проникать во внутренние чувства ситтеров с огромной точностью. Они могли сказать, когда терапевт был полностью сконцентрирован, вкладывался в сеанс и был доволен его течением или, наоборот, озабочен другими профессиональными или личными проблемами, скучал, уставал, был недоволен течением сеанса или был обеспокоен его неблагоприятным развитием. Это весьма понятно в тех случаях, когда ЛСД субъект мог видеть выражение лица ситтера. Возможно, эффект препарата может обострить чувствительность индивида к мельчайшим или даже незаметным знакам до такого уровня, когда они будут давать адекватную информацию и достаточную обратную связь для достоверного понимания. Это могло бы происходить даже тогда, когда подобные проявления настолько неуловимы, что в условиях конвенциональной психотерапии они бы избежали сознательного внимания пациента. Однако в некоторых случаях это происходило, когда глаза субъектов были закрыты или завязаны; иногда глаза были открыты, но субъект не смотрел на терапевта.

Также важно добавить, что концепции субъекта и терапевта о том, что такое «хороший» и продуктивный сеанс необязательно совпадают, особенно в процессе работы. Потому для ЛСД субъекта невозможно угадать чувства терапевта насчет сеанса автоматически из собственной оценки. В некоторых случаях способность субъектов правильно «считывать» терапевта была поистине поразительной и казалась граничащей с настоящим экстрасенсорным восприятием. Некоторые пациенты верно угадывали не только эмоциональное состояние терапевта, но также и конкретное содержание его мыслительных процессов или чувствовали, что соединились с его памятью и точно описывали определенные конкретные обстоятельства и недавние или отдаленные события его жизни.

Элементы точного восприятия более часты в сеансах с малой дозой, в которых количество ЛСД недостаточно для активации важного эмоционального материала. На сеансах с высокой дозой они происходят, по большому счету, вначале, до заполнения поля переживаний субъекта проявляющимся бессознательным содержанием, или позже, когда сложные аспекты опыта были проработаны и разрешены. Однако это не абсолютное правило, и существуют важные исключения; эпизоды необычайной ясности периодически происходят при любой дозировке и в любые моменты сеанса. Видимо, они связаны скорее с природой переживаний или определенным состоянием ума, чем с этапом действия препарата или его интенсивностью. Когда ЛСД субъекты глубоко вовлечены в свои проблемные зоны, большинство их восприятий, мыслей, чувств и ожиданий касаясь ситтеров в совсем небольшой степени основываются на реальности. Они являются проекциями, отражающими

внутренние переживания субъектов: их эмоции, инстинктивные тенденции и функции суперэго.

В сеансах с высокой дозой хорошие терапевтические отношения являются элементом критической важности. Необходимо подчеркнуть, что даже идеальная межличностная ситуация не может застраховать от значительных искажений под влиянием препарата. Однако если отношения между испытуемым и ситтерами ясны и крепки за пределами контекста сеанса, то искажения, вызванные препаратом, становятся важной возможностью для изучения и для корректирующих эмоциональных переживаний, а не опасностью для психоделического процесса. Хорошие терапевтические отношения помогают пациенту оставить психологические защиты, отдаться переживаниям и выдержать сложные периоды сеансов, характеризующиеся сильными физическими или эмоциональными страданиями или смятением. Качество терапевтических взаимоотношений важно для проработки одной из наиболее мучительных ситуаций психоделической терапии, кризиса базового доверия.

Пока руководитель не особенно влияет на межличностную атмосферу в смысле контрпереноса, переживания субъекта относительно терапевтической ситуации отражают природу проявляющегося бессознательного материала. Есть много всяких форм и уровней проективных искажений в терапевтических отношениях. Наиболее поверхностное и простое проявление данного типа это представление и визуализации терапевта имеющим определенные специфические мнения и отношения. Если это происходит в момент, когда субъект имеет зрительный контакт с терапевтом, это может принять форму иллюзорной трансформации выражения лица. Так, терапевт может видеться пациенту хихикающим, улыбающимся и смеющимся или выражающим снисхождение, иронию и насмешку. Он или она может найти в лице терапевта явные знаки сексуального интереса или даже возбуждения, а в его жестах—соблазнение. Терапевт может казаться критичным, сердитым, ненавидящим и агрессивным или проявляющим сочувствие, понимание и любовь. Его лицо может будто выдавать неуверенность, сомнение, страх или чувство вины. Природа фантазий и трансформаций такого рода отражает ряд чувств и отношений, которые субъект переносит на терапевта. Очень часто проекции принимают гораздо более сложную и замысловатую форму; в пределе это может вылиться в сложную иллюзорную трансформацию лица, образа тела и одежды терапевта. Иногда символическое значение таких изменений сразу ясно и очевидно; в иных случаях их полное понимание требует систематической и кропотливой аналитической работы.

Есть несколько типичных категорий проблем, отражающихся в этих символических трансформациях. Наиболее часты образы, представляющие *проекции инстинктивных тенденций субъекта агрессивной и сексуальной природы*. Так, терапевт может иллюзорно превращаться в различные фигуры, представляющие насилие, жестокость и садизм. Сюда входят, например, представители таких профессий, как мясник, боксер, палач, наемный убийца или инквизитор; известные исторические фигуры вроде Чингисхана, императора Нерона, Дракулы Воевода, Гитлера или Сталина; и целый ряд убийц, наемников, разбойников, членов СС и Гестапо, красных комиссаров, дикарей-головорезов и прочих. В этом контексте часто встречаются известные персонажи фильмов ужасов вроде Франкенштейна, Создания из Черной Лагуны, Дракулы, Кинг Конга и Годзиллы. Другое проявление агрессии субъекта это символическая трансформация терапевта в кровожадного хищника: орла, льва, тигра, черную пантеру, ягуара, акулу или тираннозавра. Такое же значение может иметь превращение терапевта в одного из традиционных врагов этих животных: гладиатора, охотника или укротителя диких животных. Так же часто встречаются архетипические образы, символизирующие агрессию; они простираются от злых магов, коварных ведьм и вампиров до чертей, демонов и гневных божеств. Субъекту, настроенному на агрессивные темы в своем бессознательном, лечебная комната может видеться превращенной в кабинет доктора Калигари, пещеру, камеру пыток, барак концентрационного лагеря или в камеру смертника. Безобидные предметы в руке терапевта вроде карандаша, перьевой ручки или кусочка бумаги превращаются в кинжалы, топоры, пилы, огнестрельное оружие и другие орудия убийства.

Точно так же в форме символических проекций могут проявляться и сексуальные тенденции. Терапевт воспринимается владельцем восточного гарема, похотливым развратником, проституткой, пригородным сутенером, столичным свингером или фривольным и неразборчивым богемным художником. Другими сексуальными символами, наблюдаемыми в данном контексте, были Дон Жуан, Распутин, Поппея, Казанова и Хью Хефнер. Образы, выражающие сексуальное влечение без уничижительного подтекста, простираются от известных кинозвезд и легендарных любовников до архетипических богов любви. В продвинутых ЛСД сеансах часто встречаются обожествленные олицетворения мужского и женского принципов наподобие диад Аполлон-Афродита или Шива-Шакти, и также весьма часты образы жрецов или жриц различных культов любви, ритуалов плодородия, фаллических культов и племенных ритуалов, включающих сексуальность. В некоторых случаях превращение терапевта в «львиное лицо» прокаженного или обезображенное лицо сифилитика может быть расшифровано как проекция сексуальных желаний с угрозой наказания.

Другая типичная категория иллюзорных трансформаций подразумевает *проекции Суперэго субъекта*. Терапевт часто воспринимается в виде различных специфических персонажей, которые оценивают, судят или критикуют испытуемого. Это могут быть родительские фигуры, учителя и другие важные авторитеты из жизни субъекта, священники, судьи и члены жюри, различные архетипические олицетворения Справедливости, и даже Бог и Дьявол. Некоторые другие видения, видимо, отражают часть Суперэго, представляющую идеал эго. Тогда терапевт воспринимается, как абсолютно совершенный человек, личность, наделенная всеми мыслимыми добродетелями и имеющая и достигшая всего, что всегда хотел пациент: физической красоты, моральной целостности, выдающегося интеллекта, эмоциональной стабильности и гармоничной жизненной ситуации.





Три примера иллюзорной трансформации терапевта. Он кажется арабским купцом, торгующим опасными токсичными наркотиками (вверху); диким и примитивным африканцем (ниже); и индийским мудрецом, излучающим бесконечную мудрость (ниже). Каждый образ отражал природу и содержание психоделического переживания пациента на тот момент.



Иллюзорная трансформация терапевта. Здесь он становится садистским монстром, наслаждающимся причинением страданий пациенту. Ангельская фигура слева представляет осознание пациента, что пытки в конце приведут к духовному раскрытию. Замок справа отражает его смутное осознание сцены средневековой пытки, которая ощущалась кармическим воспоминанием. Переживание произошло во время сеанса, характеризующегося переходом от БПМ III к БПМ IV.

Типичная категория трансформаций отражает сильную потребность субъекта в безусловной любви и внимании, а также раздраженность отсутствием исключительной власти и контроля над терапевтом. Это наиболее характерно для психодинамических сеансов, включающих глубокую регрессию в раннее младенчество и сильные анаклитические потребности. Многим пациентам трудно принять тот факт, что им приходится делить терапевта с другими пациентами, что у терапевта есть своя личная жизнь или что терапевтические рамки устанавливают определенные границы для интимности. Независимо от того, оправдано ли это объективной реальностью, многие пациенты чувствуют, что с ними обращаются с профессиональным холодом и научной объективностью или как с подопытными морскими свинками. Даже при использовании на сеансах физического контакта чувствительный в этом плане пациент может воспринимать это скорее как терапевтическую технику или профессиональную уловку, чем подлинное выражение человеческого сочувствия.

Интерес терапевта к истории пациента или динамике его или её проблем может в этом контексте быть высмеян иллюзорным превращением терапевта в Шерлока Холмса, Эркюля Пуаро, Леона Клифтона или просто в карикатуру детектива с большой трубкой, очками и увеличительной линзой. Его профессиональный, объективный и «научный» подход к пациенту может быть карикатурно выражен в иллюзорной трансформации в забавную ученую сову, сидящую на стопке покрытых паутиной книг. Раздражающий недостаток адекватной эмоциональной реакции и профессиональная «холодность» может отражаться в оптической иллюзии, показывающей его в толстой защите средневекового рыцаря, астронавта, пожарника или водолаза. Записывание сеанса может раздражать пациента, даже если он или она не просто согласились на это перед сеансом, но и специально просили об этом. Это может быть высмеяно сатирическим видением терапевта мещанским бюрократом, амбициозным и прилежным учеником или провинциальным клерком. Белый халат, частый символ врача, может играть важную роль в этом контексте: медицинская роль терапевта может быть атакована превращением его в представителей других профессий, также носящих белые халаты, например, в бакалейщика, парикмахера или мясника. Трансформации терапевта в Доктора Фауста, наблюдавшиеся в прошлом, расшифровывались как намек на его опыт и звание, нешаблонную природу его научного поиска и волшебные свойства используемого им препарата; в некоторых примерах эти превращения также отражали желание, чтобы он

последовал примеру Фауста и заменил науку мирскими удовольствиями. [7]



Иллюзорная трансформация терапевта в носатого детектива с большой трубкой («Шерлок Холмс»). Пациент выражает свое раздражение пытливостью и любознательностью терапевта.

Очень интересная, мультяшная иллюстрация некоторых из этих проблем произошла на одном из ранних сеансов Агнес, которая проходила психолитическое лечение серьезного хронического невроза. На фазе терапии, когда она отчаянно хотела, чтобы терапевт принадлежал только ей, и ревновала к остальным пациентам, она испытала на ЛСД сеансе символические эпизоды из куриного инкубатора, которые были насмешкой над её ЛСД лечением. Инкубатор символизировал Институт Психиатрических Исследований, где она проходила терапию, а другие пациенты выглядели яйцами с различными повреждениями и дефектами на разных стадиях вылупления. Так как переживание рождения является важным терапевтическим этапом в ЛСД терапии, вылупление в этом контексте символизировало успешное завершение лечения и исцеление невроза. Пациенты-яйца соревновались друг с другом, стараясь ускорить процесс вылупления, но также стараясь выиграть расположение терапевта. Последний был представлен системой электрических ламп, подающей научно измеренные количества света и тепла. Сама пациентка была маленьким недовольным эмбрионом цыпленка, который страстно боролся за искусственное тепло, так как это было всё, на что он мог претендовать. В реальности же она хотела быть единственным отпрыском курицы-несушки и не могла смириться с электрическим суррогатом.

Как показывает этот пример, трансформация терапевта необязательно происходит как изолированное явление, а может сопровождаться одновременной символической трансформацией пациента и/или иллюзорными изменениями всей обстановки.

Как и большинство ЛСД феноменов, иллюзорная трансформация руководителя и обстановки обычно имеет многоуровневую и переопределенную структуру. Хотя одно специфическое значение или связь может быть в центре сознания, обычно можно найти ряд дополнительных функций того же образа. Как и в случае со снами, часто существуют разные интерпретации одного и того же феномена. Они включают материал из разных уровней бессознательного, и очень часто в одном конденсированном символическом образе совместное выражение могут найти противоположные тенденции и эмоции. Хотя мы до сих пор и обсуждали визуальные проявления как наиболее поразительные, проективные искажения могут включать другие чувства, такие, как слух, запах, вкус и осязание.

Конкретное содержание иллюзорных трансформаций отражает тип ЛСД переживаний на активированном уровне бессознательного. Наиболее поверхностные изменения абстрактны по природе и, кажется, не имеют более глубокого символического значения. Лицо терапевта может казаться колеблющимся, искаженным или измениться в цвете. Иногда его или её кожа покрыта мозаикой и сложными геометрическими узорами, похожими на татуировки или грим аборигенов. Эти изменения сравнимы с искажениями на экране неисправного телевизора и отражают, похоже, химическую стимуляцию сенсорных систем.

На психодинамическом уровне иллюзорные трансформации отражают основные темы индивидуальных СКО, окрашенные специфическим содержанием того слоя, который в данный момент находится в центре переживаний. Терапевт может восприниматься, как родительская фигура, брат или сестра, близкий родственник, няня, сосед или любой другой важной фигурой, сыгравшей значимую роль в детских переживаниях. Типичные представители этой категории: доктора и медсестры, проводившие болезненные медицинские вмешательства, знакомые, сыгравшие роль суррогатных родителей, взрослые, совершившие физическое или сексуальное насилие над субъектом, главные герои различных страшных эпизодов. Иногда терапевт может принимать форму любимых животных, в частности, семейной собаки, домашнего кролика или курицы, или даже важной игрушки детства, которая была искусственной компанией субъекта.

Иногда проективные трансформации отражают не биографические события из СКО, а вариации на её центральную тему. Следующий пример из ЛСД сеанса Ренаты, пациентки, страдавшей суровой канцерофобией, показывает, как даже кажущаяся незначительной частичная трансформация терапевта может содержать полезный материал с различных уровней.

Когда Рената посмотрела на терапевта, отражение света в его глазе приняло форму большой сфинксовой бабочки. Свободные ассоциации, на которые Рената вызвалась на следующий день, выявили следующий материал:

Сфинкс это ночная бабочка, посещающая цветы с пьянящим ароматом и сосущая из них нектар. У неё есть отчетливое изображение человеческого черепа на спине, и в фольклоре она обычно связана со смертью. Это отражает тему, которая была очень важна для Ренаты и заложила основы её канцерофобии. В результате определенных детских переживаний, а именно, сексуального насилия со стороны её отца в восьмилетнем возрасте, секс и смерть были тесно связаны в её бессознательном. Летние ночи и тяжелый сладкий аромат предполагают атмосферу романа и занятий любовью; летающий Сфинкс является вестником смерти.

Сфинксовая бабочка, увиденная в глазу терапевта.

Некоторые дополнительные ассоциации показали сложную, переопределенную и изощренную структуру, лежащую в основе этой трансформации. Рената где-то читала, что гусеницы Сфинкса живут на *Atropa Belladonna* или смертельном паслене, известном своими психоактивными свойствами и использовавшемся в средневековых зельях и мазях для Ведьмовского Шабаша. Малые дозы Белладонны действуют как галлюциноген, а большие дозы очень токсичны. Галлюциногенные свойства Белладонны связаны с ЛСД процессом. Её отношение к оргиям на Ведьмовском Шабаше намекает на опасные аспекты секса. Её связь со смертью, помимо подчеркивания близости секса и смерти, также отсылает к ЛСД процессу, в котором опыт смерти является важным элементом. Рената также припомнила, что читала где-то, что личинки Сфинкса спят в вертикальном положении. Она нашла в этом прямую связь с травматической ситуацией совращения её отчимом, в котором она столкнулась с его пенисом.

На глубочайшем уровне название Сфинксовой бабочки указывало на Египетского Сфинкса. Этот образ разрушительной женщины (создания с человеческой головой и животным телом, душащего своих жертв) часто появляется на ЛСД сеансах в связи с агонией рождения и трансценденции. Рената обнаружила на перинатальном уровне, в процессе биологического рождения, глубочайшие бессознательные корни смещения и спутанности в ней секса и смерти.

Трансформации терапевта на сеансах с сильным перинатальным акцентом очень различаются по качеству. Общее направление проективного изменения зависит от стадии процесса смерти-возрождения, или базовой перинатальной матрицы, которая активирована в данный момент.

Основные элементы и атрибуты, связанные с каждой матрицей, очень рознятся. В случае БПМ I это трансцендентальная красота, безусловная любовь, растворение границ, атмосфера сверхъестественности, чувство заботы и защиты. Самое начало БПМ II включает глубокий метафизический страх, чувство угрозы и паранойю, и чувство потери свободы. Полностью

раскрытая БМП II характеризуется атмосферой безвыходной ловушки, безнадёжной жертвы, переживания бесконечных дьявольских пыток и потери души. БМП III сообщает элементы титанической и кровавой борьбы с чертами садомазохизма, сексуальности и скатологии. Переход от БМП III к БМП IV переживается, как сокрушительное давление, вынуждающее совершенно и безусловно сдаться, ужасный страх уничтожения и ожидания катастрофы. Тогда БМП IV имеет безупречное качество духовного освобождения, избавления от тьмы, спасения и озарения.

Если субъект находится под влиянием одной из негативных перинатальных матриц, терапевт может казаться представителем элементов и движений, угрожающих не только индивиду, но и всему миру: шефом опасной подпольной организации, пытающимся поработить человечество представителем внеземной цивилизации, важным лидером Нацистов или Коммунистов, религиозным фанатиком, безумным гением-ученым или даже самим дьяволом. Под влиянием этих образов субъект может утратить представление о том, что это лишь символический процесс, и пережить полномерную параноидную реакцию. В более поверхностных и менее убедительных переживаниях на терапевта может проецироваться ряд специфических элементов перинатального символизма; он может превратиться в мифического монстра, пытающегося проглотить субъекта, в Великого Инквизитора, в коменданта концлагеря или в дьявольского садиста. Он или она может превратиться и в разные исторические фигуры, известные своей жестокостью, в извращенцев, копрофилов, воинов, тяжелобольных или раненых людей, конкистадоров, доколумбовых жрецов, карнавальные фигуры или распятого Христа. Конкретная форма этих трансформаций зависит от стадии процесса смерти-возрождения, уровня, на котором он переживается и от пассивной или активной роли субъекта.

Когда в сеансе ЛСД доминируют позитивные матрицы, трансформации имеют совсем другое качество. В случае БМП IV терапевт может восприниматься, как ликующий военный лидер, празднующий победу над злобным врагом, как Спаситель, воплощение космической мудрости, учитель глубочайших секретов жизни и природы, выражение божественного принципа или даже Бог. Активация БМП I имеет много элементов БМП IV, к примеру, сияние, священность и юмор; однако им присуще качество вневременности, они не являются этапом процесса перехода от смерти к возрождению. Субъект может испытывать растворение границ и чувство фундаментального единства с терапевтом, связанное с чувством абсолютной безопасности и тотальной поддержки.

Очень часто во время процесса смерти-возрождения терапевт принимает для субъекта роль рождающей матери и может действительно восприниматься таким образом; это может случиться с ситтерами обоих полов безотносительно настоящей половой принадлежности. В этих обстоятельствах отношение переноса может принять символический характер; ему присуща глубокая биологически обоснованная амбивалентность, и его релевантность настолько фундаментальна, что кажется вопросом жизни и смерти. Терапевт может стать для пациента магической и сильной фигурой космических размеров. Пациент может даже ощущать свое участие в этой силе или свою полностью пассивную, зависимую и уязвимую позицию. Критическим фактором в этой ситуации, видимо, является способность пациента доверять миру и человеческим существам, что значительно отражает его или её раннюю историю. Природа детских переживаний определяет, будет ли он способен наслаждаться полностью зависимой ролью или она станет источником жизненной угрозы и параноидной идеации.

Часто пациенту приходится пройти через глубокий кризис базового доверия, чтобы быть способным воссоединиться с поддерживающими аспектами отношений матери-ребенка. Когда ранняя симбиотическая ситуация перинатального периода проецируется на терапевта, ЛСД пациенты часто теряют способность четко различать терапевта и себя. Их восприятия, эмоции и мысли, кажется, смешиваются с таковыми у терапевта. Это может привести к ощущению, что субъект находится под магическим влиянием или контролируется внушением, гипнозом, телепатией или даже психокинезом. Кажется, что терапевт может читать и знать все его

мысли; также часто бывает и обратное, а именно ощущение доступа к уму терапевта и разделения его чувств и мыслительных процессов. В этих обстоятельствах пациенты часто находят необязательным передавать свои переживания вербально. Они чувствуют или что терапевт автоматически разделяет и знает переживания во всех деталях, или что он сам заранее их спланировал и контролирует, поэтому всё происходит согласно его плану. На критических стадиях процесса смерти-возрождения терапевт может стать убийственной или дающей жизнь маткой. Это происходит особенно часто, если техника лечения включает физический контакт и поддержку.

Проблемы отношений переноса на перинатальном уровне достигают кульминации, когда пациент приближается к моменту смерти эго, сопровождаемому повторным переживанием биологического рождения. Это требует полного отключения всех защит, всего контроля и всех ориентиров, и обычно связано с кризисом базового доверия. В этом состоянии крайней уязвимости пациент сомневается в характере и мотивах терапевта, пытается определить уровень опасности полной сдачи. Важные негативные аспекты истории пациента проявляются в усиленной форме и проецируются на терапевта в разных символических явлениях. К тому же, словно через увеличительное стекло видятся реальные изъяны в личности, отношениях и мотивах терапевта и проблемы и конфликты терапевтических взаимоотношений. Восприятие терапевта пациентом может быть отражением его или её переживаний в убийственном родовом канале, и ЛСД процесс здесь может казаться дьявольским планом уничтожения пациентов, промывания их мозгов, вечного их порабощения или похищения их душ.

Когда кризис доверия проработан, и восстановлены узы доверия, явление переноса стремится качнуться в другую крайность. Субъект под влиянием БПМ I или IV может видеть терапевта высшим источником любви, безопасности и поддержки. Он или она может воспринимать терапевта хорошей грудью и хорошей маткой одновременно. Кажется, что больше нет индивидуальных границ—только бесконечный свободный поток мыслей, эмоций и положительной энергии. Пациент воспринимает это, как высший процесс заботы, при котором кажется, что из духовного источника приходит молоко, обладающее чудесными целительными свойствами. То же переживание, видимо, имеет и эмбриональные качества; циркуляция различных видов духовных эмоций и энергий, кажется, имеет важные элементы плацентарного обмена между матерью и ребенком. Когда эта биологическая, эмоциональная и духовная связь установлена, терапевт может восприниматься не только как своя мать, но и как хорошая мать вообще—архетипический образ Великой Матери, Матери Природы и, в конце концов, весь космос или Бог.

На ЛСД сеансах трансперсональной природы отношение переноса обретает совсем иное качество. Иллюзорные трансформации терапевта больше нельзя интерпретировать так же, как на психодинамическом уровне (как сложные символические образы с многоуровневой и переопределенной структурой или как проекции, отражающие различные слои СКО). Эти иллюзорные трансформации также отличаются от перинатального явления переноса, понимаемого как повторения питающих и разрушающих аспектов симбиотических взаимоотношений с матерью. Трансперсональные проекции это явления, *sui generis* не поддающиеся дальнейшему психоаналитическому анализу.

В основном, почти все из многих типов трансперсональных переживаний могут специфически отразиться на терапевтических взаимоотношениях. Так, терапевт может принимать формы мощных архетипических образов, куда входят обожествленные представители различных ролей или божества и демоны. Примеры из данной категории это превращения в Космического Человека, Мудреца, Великого Гермафродита, Анимуса или Аниму, Шиву, Кали, Ганешу, Зевса, Венеру, Аполлона, Сатану, Изиду, Кибеллу или Коатликуэ. Также часты трансформации терапевта в великих религиозных учителей—Иисуса, Моисея, Мохаммеда, Будду, Шри Рамана Махариши и других. Переживая элементы расового и коллективного бессознательного, субъект может видеть терапевта превращенным в представителя другой культуры и/или человека из другого века. Такой эпизод может иметь и качество «переживания прошлой инкарнации». В этом случае пациенты убеждены, что заново

переживают воспоминания из своих прошлых жизней и что данная ситуация является воссозданием или вариацией события из отдаленного прошлого. Клиенты очень часто чувствуют, что встречали терапевта во многих своих прошлых воплощениях. Иногда это может включать очень сложные ситуации из разных культур и веков, которые могут визуализироваться очень детально.

Очень часто происходит включение терапевта в родовые или филогенетические воспоминания. В этом случае терапевт кажется превращенным в специфического человеческого или животного предка того же или другого пола. В основном, проективные трансформации терапевта на трансперсональном уровне очень отличаются от таковых психодинамической, фрейдовской природы. Первые ощущаются очень подлинными, аутентичными и убедительными; они часто содержат достоверную и объективно проверяемую информацию, которая, похоже, выходит далеко за пределы образованности и уровня информированности субъекта. В отличие от проективных трансформаций на психодинамическом уровне, их нельзя расшифровать и интерпретировать как символические выражения определенных аспектов прошлого существования пациента. Даже пациенты, с энтузиазмом помогавшие в анализе различных проективных феноменов на психодинамическом уровне, отказываются от фрейдовского подхода к трансперсональной области и объявляют его поверхностным, неадекватным и неподходящим.

Огромная значимость терапевта или ситтера во время ЛСД сеансах отражается на психотерапевтической практике. С одной стороны, эта роль часто представляет серьезные проблемы для терапевта, который может подвергаться эмоциональным давлениям разных видов и должен остерегаться запутанных ловушек ситуации переноса и контрпереноса. С другой стороны, усиление терапевтических отношений выходит далеко за пределы конвенциональной психотерапии, часто достигая карикатурности. Это облегчает для пациента и терапевта обнаружение и понимание природы данных проблем переноса. Опытному терапевту измерения терапевтических взаимоотношений, достигаемые на психоделических сеансах, предоставляют уникальную возможность внести мощный корректирующий эмоциональный опыт на очень глубокие уровни, которые нелегко достигнуть конвенциональной терапией.

Чтобы быть в состоянии справиться со всеми трудностями психоделической терапии, терапевт должен пройти специальное обучение, включая личный опыт с препаратом. Из-за необычной природы ЛСД состояний и ограниченности нашего языка в их описании для будущего ЛСД терапевта невозможно понимание процесса без непосредственного знакомства. Чтение о психоделических переживаниях, посещение семинаров и лекций или даже наблюдение за сеансами других людей может дать только поверхностные и неадекватные знания. Личные сеансы имеют и другую важную функцию: они дают возможность проработать собственные конфликтные области и проблемы разных уровней. Некоторые из тяжелых вопросов, с которыми придется столкнуться будущему ЛСД терапевту, по большей части остаются незатронутыми конвенциональной терапией. В качестве выдающихся примеров можно упомянуть страх смерти, полная потеря контроля и видимость безумия. Если терапевт не решит успешно эти вопросы, проявления глубинных слоев бессознательного пациента может активировать его или её собственные проблемные зоны и вызвать сложные эмоциональные и психосоматические реакции. Это может привести к серьезным проблемам переноса-контрпереноса и предъявляет повышенные требования защитной системе и самоконтролю. ЛСД сеансы, в которых терапевту приходится бороться с собственными нерешенными проблемами, могут стать настоящим бременем; Они обычно оказываются взаимно истощающими и изнуряющими.

Другие важные качества и возможности хорошего ЛСД терапевта происходят из долгого клинического опыта. С ростом числа сеансов, которые он наблюдал, терапевт становится спокойнее и устойчивее к различным довольно частым необычным явлениям в психоделической терапии. В повседневной практике он или она видит огромное количество людей, страдающих во время драматического переживания умирания, схождения с ума, чувства одержимости злыми духами или утверждающих, что зашли так далеко, что пути назад

нет. Наблюдая позитивные разрешения подобных состояний и видя этих же субъектов всего через несколько часов сияющими и шутящими, терапевт в значительной степени развивает невозмутимость, доверие и терпимость по отношению к целому спектру психоделических явлений. Такой подход передается и пациентам и дает им возможность позволить происходить всему, что проявляется на ЛСД сеансах, с целью найти корни своих эмоциональных проблем.

УСТАНОВКА И ОБСТАНОВКА СЕАНСОВ

Вдобавок к факторам, связанным с личностями субъекта и терапевта или ситтера, существует широкий комплекс нефармакологических факторов, обычно называемый «установка и обстановка» (set and setting). Любое понимание ЛСД реакции и её терапевтического применения поверхностно и неполно, если оно не принимает во внимание все определяющие элементы, принадлежащие к этой категории.

Термин «установка» включает ожидания, мотивации и намерения субъекта по отношению к сеансу; понимание природы ЛСД переживаний терапевтом или руководителем; оговоренную заранее цель психоделической процедуры; и специфическую технику руководства, используемую во время лекарственного опыта.

Термин «обстановка» относится к непосредственному окружению, как к физическому, так и к межличностному, и к конкретным обстоятельствам, при которых принимается препарат.

ЗНАЧИМОСТЬ УСТАНОВКИ

Так как ЛСД является неспецифическим усилителем ментальных процессов, ЛСД феномены охватывают очень широкий диапазон, потенциально распространяясь на все аспекты человеческих переживаний и поведения. По этой причине может быть много различных установок для ЛСД сеансов. Неистовые разногласия насчет ЛСД легко бы развеялись, если бы участники споров об опасностях и выгодах ЛСД ясно осознали критическое значение нелекарственных факторов. В большинстве случаев дискуссии якобы об ЛСД это на самом деле обсуждения различных способов применения препарата и влияния установки на результат встречи с ЛСД. Хамфри Осмонд, ранний пионер ЛСД исследований, проанализировал эту ситуацию на конференции по ЛСД психотерапии. Он подчеркнул тот факт, что ЛСД является инструментом, и предельно важен способ его применения. Чтобы проиллюстрировать этот момент, он попросил аудиторию представить ситуацию, в которой группа людей с разным прошлым и при разных установках пытаются определить, является ли нож опасным объектом или полезным инструментом. В этом контексте хирург предоставил бы статистику успешных хирургических операций, шеф полиции говорил бы об убийствах и увечьях, домохозяйка связала бы нож с нарезкой мяса и овощей, а художник подумал бы о резьбе по дереву. В такой ситуации любая попытка предпочесть один взгляд всем остальным совершенно абсурдна и нелепая; для всех было бы очевидно, что критический фактор это применение ножа. Никто бы всерьез не посчитал, что опасности и позитивный потенциал этого приспособления являются его внутренними качествами. Однако именно это происходило в прошлом во время различных споров об ЛСД.

Ниже мы кратко рассмотрим наиболее важные установки, при которых принимался ЛСД, и обсудим их специфические характеристики. Первыми важными концептуальными рамками был подход «моделированного психоза». Он доминировал в исследованиях ЛСД в первые годы после открытия препарата. ЛСД переживания рассматривались с чисто психопатологических позиций и назывались «экспериментальным психозом» или «химически вызванной шизофренией». На этом этапе препарат назначался добровольцам в исследовательских целях, для исследования биохимической основы эндогенного психоза, или профессионалам по психическому здоровью в дидактических или тренировочных целях (чтобы отправить их в обратимое путешествие в мир шизофреника).

Когда оказалось, что препарат способен усилить творческий потенциал у определенных индивидов, была выработана совершенно иная установка для ЛСД сеансов. Препарат стал популярен среди артистов как *источник вдохновения*, и многие сотни художников, скульпторов, музыкантов, архитекторов и писателей стали добровольцами для ЛСД

экспериментов. Чуть позже ученые, философы и другие высоко творческие индивиды стали субъектами ЛСД сеансов. Это было основано на наблюдении, что необычные состояния сознания, вызываемые ЛСД, могут вызвать важные прозрения, способствовать решению задач и приводить к интуитивному пониманию или новому видению имеющихся данных.

Другая важная установка для ЛСД сеансов была создана после того, как экспериментаторы повторно наблюдали, как лекарственные переживания могут принимать форму глубоких *религиозных или мистических переживаний*. Некоторые исследователи, заинтересованные в исследовании этого «немедленного» или «химического мистицизма» пытались создать взгляды и обстоятельства, способствующие этим духовным явлениям.

Множество разных установок для сеансов использовалось при исследовании терапевтического потенциала ЛСД для психиатрических пациентов и смертельно больных. В предыдущей главе уже описывались различные методы ЛСД терапии, и здесь они будут лишь бегло описаны. В некоторых из этих исследований ЛСД принимался рутинно, как и любой другой фармакологический агент, без учета его специфических психоделических качеств. Строго медицинская модель применялась в подходах, использовавших ЛСД в качестве антидепрессивного, абреактивного или активирующего агента. В других исследованиях ЛСД видели катализатором ментальных процессов и дополнением к психотерапии; психолитическая, анаклитическая и гипноделическая терапии являются примерами этого подхода. Определенные терапевтические направления, такие, как психоделическая терапия или психосинтез Сальвадора Рокета, имели четкий религиозный оттенок и ставили ударение на «мистикомиметическом» эффекте ЛСД.

Препарат может применяться в контексте индивидуальной или групповой психотерапии, и использование его может опираться в теории и практике на различные терапевтические системы—на психоанализ Фрейда, аналитическую психологию Юнга, психодраму Морено, Гештальт практику Перла или экзистенциальную психологию. Анаклитический подход делает акцент на физическом контакте и материнской заботе. Психоделическая терапия может использовать рамки разных религий; её отдельные вариации также придают значение определенным аспектам установки и обстановки: музыке, элементам природы, использованию универсальных символов или чтению специальных отрывков из священных книг.

Бесчисленные разновидности установок связаны с *немедицинским использованием и бесконтрольным само-экспериментированием*. У некоторых индивидов на их сеансах есть ситтер, тогда как другие принимают ЛСД сами или участвуют в групповых опытах. Обстановки для таких опытов покрывают широкий спектр, от личных апартаментов, красивых природных мест или рок концертов до проезжих частей и машин на автомагистралях. Качество уличных образцов ЛСД сомнительно и может быть загрязнено амфетаминами, фенциклидином, STP и даже стрихнином. Количество активного вещества также непредсказуемо. Ненадежность препаратов, отсутствие системы поддержки и нелегальность такого само-экспериментирования приводят к паранойе и паническим реакциям. Поэтому возникновение серьезных психологических осложнений в этих обстоятельствах нельзя считать указанием на то, что применение ЛСД безусловно опасен.

ЛСД и некоторые другие психоделики были объявлены наркотиками. Это неверно и не имеет научного обоснования. Не было обнаружено никакой подлинной физической зависимости от ЛСД или связанных с ним веществ. Мотивы для их использования или злоупотребления ими предельно сложны и могут иметь очень глубокие психологические корни. Любое законодательство, упускающее из виду или игнорирующее этот факт, обречено на провал. Индивиды, прибегающие к немедицинскому само-экспериментированию с психоделиками, принадлежат к различным категориям и имеют самые разные мотивы. Некоторые из них—это незрелые и безответственные юноши, не знакомые с серьезной информацией о природе ЛСД эффекта или игнорирующие её, они принимают препарат для потехи, протеста или групповых оргий. Другие—это искатели наслаждений, пытающиеся усилить сенсорные ощущения в эстетических, развлекательных или гедонистических целях. Некоторые пары используют совместный психоделический опыт для проработки

эмоциональных проблем в паре, повышения качества взаимоотношений, открытия новых каналов общения и исследования различных уровней и измерений их сексуального взаимодействия. Немаловажной группой экспериментаторов являются люди с серьезными эмоциональными проблемами, для которых традиционная психотерапия недоступна, либо они разочаровались в её эффективности. Они отчаянно ищут терапевтические альтернативы, и так как ответственное и профессиональное ЛСД лечение недоступно, пытаются заниматься самолечением. Также существует большая группа ответственных и опытных интеллектуалов, которые видят повторные психоделические сеансы уникальной возможностью для философского и духовного поиска, сравнимой с путем, предлагаемым традициями наподобие тибетской Ваджраяны, Дзен Буддизма, Даосизма, Суфизма или разных систем йоги.

Так, мотивации для психоделических экспериментов могут быть очень серьезными и отражают наиболее фундаментальные потребности человеческих существ—потребность в эмоциональном благополучии, духовной реализации и чувстве осмысленности жизни. Однако нет сомнения в том, что независимо от мотиваций и намерений субъектов ЛСД сеансы должны проводиться в безопасной ситуации и в контексте доверительных отношений с опытным и ответственным ситтером. Если эти условия не удовлетворяются, опасности и риски такого предприятия значительно перевешивают потенциальную пользу.

Последняя область ЛСД экспериментов, которая будет упомянута здесь, характеризуется тем, что можно назвать деструктивными установками. Сюда входят «эксперименты», исследующие возможности ЛСД для психологического уничтожения определенных индивидов, вытягивания чистосердечных признаний, промывания мозгов и химической войны. Сюда же мы можем включить ситуации, в которых индивид принимает ЛСД, не зная об этом и часто без каких бы то ни было знаний о его воздействии. Опасность этой ситуации невозможно переоценить; не только разум, но и жизнь субъекта в этих обстоятельствах может быть под угрозой. Иногда это может произойти случайно, когда ЛСД перепутан с другими таблетками или кусочки сахара с ЛСД принимаются за чистый сахар. Однако секретные службы, разведывательные органы и военные эксперты в прошлом систематически подвергали наивных и неподготовленных субъектов действию препарата для проверки его разрушительного потенциала. В нескольких примерах подобное предпринимали даже психиатрические исследователи; цель этих экспериментов была в том, чтобы проверить, будет ли ЛСД реакция у неподготовленных и ничего не ожидавших субъектов больше похожа на шизофрению, чем в случае, когда препарат принимается при информированном согласии.

В прошлом также очень часто происходило так, что безответственные индивиды тайком добавляли ЛСД в еду или питье родственников, друзей или незнакомцев в качестве «инициации», «психоделической дефлорации», развлечения или просто из озорства или мести. Иногда это совмещалось с другими действиями, которые ещё больше усиливали вред ситуации. Здесь я могу сделать ссылку на мою встречу с группой юношей несколько лет назад в Вашингтон-Сквер в Нью Йорке. Услышав, что я занимался исследованиями ЛСД, они с гордостью поделились со мной своими собственными «экспериментами», в которых ЛСД давался незнакомцам без их ведома. После приема препарата этих невольных подопытных кроликов приводили в частную квартиру. Там «экспериментаторы» осуществляли дикие танцы вокруг своих жертв в странных масках и костюмах аборигенов, размахивая кинжалами и копьями. Цель этого «исследования» была в изучении реакций различных субъектов на эту необычную ситуацию. Очевидно, что в этих обстоятельствах ЛСД может оказать глубокий дезорганизирующий эффект и вызвать острую, неконтролируемую паническую или даже психотическую декомпенсацию. Если ЛСД дается другому человеку тайком, без его информированного согласия, я не побоюсь использовать для такой ситуации термин *криминальной установки*.

В течение последних двадцати лет у меня была возможность проводить, наблюдать и лично испытывать психоделические сеансы при нескольких различных установках. Я начал работать с ЛСД во времена подхода «моделированного психоза», также в этот период я проводил дидактические сеансы с моими коллегами. Периодически в наше учреждение

приходили художники, философы и ученые и проходили ЛСД сеансы для вдохновения и инсайтов. Позже я начал использовать ЛСД в качестве дополнения к систематической динамической психотерапии и провел исследование его диагностического и терапевтического потенциала в рамках специально построенной работы с пациентами. Во время этой работы я развил терапевтическую технику, в которой используются повторные приемы ЛСД. Хотя изначально предполагалось, что это будет психоанализ с применением препарата, в теории и практике опирающийся на концепции Фрейда, постепенно техника стала своеобразным методом лечения. Вдобавок к проработке травматического материала из детства, как это делается в психоанализе и психолитической терапии, в этом подходе делается большой акцент и на важности процесса смерти-возрождения и трансперсональных переживаний.

После многих лет клинических экспериментов в Праге мне удалось провести некоторое время в Лондоне и получить непосредственный опыт анаклитической терапии, как её практиковали Джойс Мартин и Полин МакКририк. В 1967 я перебрался в США и присоединился к исследовательской группе в Спринг Грув в Балтиморе, где изучал и практиковал психоделическую технику лечения. В это время ко мне периодически обращались как к консультанту в случаях немедицинского экспериментирования с ЛСД, которое приводило к различным осложнениям, и я довольно близко познакомился с использованием психоделиков в контркультуре. Весь этот опыт был богатым источником важных наблюдений, которые ясно указывают на огромную значимость установки как детерминанты ЛСД реакции.

Определенные аспекты установки весьма очевидны и явны. Нетрудно увидеть, что специальное программирование во время подготовительного периода, определенные техники проведения сеансов или поддержка и атрибуты, с которыми встречается субъект, могут повлиять на ЛСД переживания. Однако некоторые другие важные факторы в прошлом не были замечены или достаточно оценены, потому что они более тонки и не так легко заметны. Один из них это наличие или отсутствие вербальной коммуникации между субъектом и ситтером. Разговоры, выходящие за пределы определенного необходимого минимума во время психоделических сеансов, могут сделать переживания более поверхностными и обычно контрпродуктивными в смысле эффективного самоисследования. Однако в тех ситуациях, когда между субъектом и ситтером есть продолжительный диалог, природа их вербального обмена становится фактором огромной важности. Это особенно верно в отношении выбора и формулировки задаваемых вопросов. Обращаясь к субъекту, ситтер постоянно подкрепляет и меняет установившуюся в подготовительный период установку. Специфический подбор слов в вопросах может обратить внимание субъекта на определенные аспекты многомерного и многогранного содержания ЛСД переживаний. В крайних случаях это может значительно определять направление, в котором движется переживание, изменять его содержание и влиять на его протекание.

В описательном подходе к ЛСД сеансу, который пытается охватить феноменологию эффекта препарата, субъекта воодушевляют сфокусироваться на нескольких формальных и относительно поверхностных аспектах его или её переживания. Наиболее интересные в этом контексте элементы это наличие или отсутствие физических симптомов, направление эмоциональных изменений, качество изменений восприятия и уровень психомоторного возбуждения или торможения. Экспериментатору интересно, обострено ли зрение субъекта или размыто, выглядят ли объекты статичными или колеблющимися, являются ли видения геометрическими или образными по природе, является ли слух более или менее острым, чем обычно, и имеются ли синестезии. В этих обстоятельствах субъект обычно испытывает ЛСД феномены довольно безличным образом, как зритель, просматривающий интересное кино. Всё происходящее на сеансе воспринимается как результат взаимодействия между веществом и мозгом субъекта; испытуемый используется в качестве наблюдателя и докладчика этих изменений. Даже относительно сильные эмоции при возникновении приписываются химическому действию препарата, а не проявлениями личности субъекта; они просто отмечаются и записываются. На сеансах, сосредоточенных на психопатологических описаниях, значимый динамический материал редко замечается, и им редко занимаются в

дальнейшем. Типичными для этих экспериментальных рамок вопросами являются предложения типа: «Вы потеете?», «Ваши руки дрожат?», «Голова кружится?», «Цвета отличаются от обычных?», «Вы ощущаете что-то странное в вашем теле?» Записи ранних ЛСД экспериментов и использовавшихся в этот период опросников изобилуют вопросами такого типа.

Когда ЛСД принимался в контексте исследований моделированного психоза, сеансы были связаны с сильным негативным программированием. Они недвусмысленно назывались «экспериментальным психозом», а психоделические препараты «галлюциногенами», «психотомиметиками» или «психодислептиками». Субъекты ожидали и избирательно концентрировали свое внимание на феноменах, обычно связанных с шизофренией, таких, как параноидные чувства, паническая тревога, отделенность мыслей от эмоций, различные искажения и изменения восприятия, бредовые интерпретации окружения или дезорганизация или фрагментация эго. На ЛСД сеансах, проводившихся с психологами и психиатрами в тренировочных целях, психопатологический фокус был особенно сильным. Эти индивиды пытались правильно определить и диагностировать различные изменения восприятия, ненормальные мыслительные процессы и необычные эмоциональные состояния, навешивая на них соответствующие клинические ярлыки и сравнивая их с происходящими у шизофренических пациентов. Характерными для этого подхода вопросами были бы: «У вас есть визуальные или слуховые галлюцинации?», «Ваши эмоции неадекватны содержанию ваших мыслей и видений?», «У вас есть странные ощущения или необычные изменения образа тела?», «Насколько ваш опыт сравним с шизофренией?», «У вас есть новое понимание психотического процесса?»

В сеансах, где ударение стоит на эстетических переживаниях и творческом вдохновении, ЛСД субъекты, в первую очередь, заинтересованы в измененном восприятии форм, цветов и звуков. Они фокусируют внимание на таких явлениях, как сложность геометрических конструкций, динамики оптических иллюзий и богатство синестезий. Они часто пытаются связать свой опыт с различными современными направлениями искусства или работами отдельных художников. Абстракционизм, импрессионизм, кубизм, сюрреализм и определенная музыка кажутся особенно уместными с этой точки зрения. Другой типичной чертой этих сеансов является озабоченность техническими проблемами и сложностями выражения этих необычных феноменов в формах искусства. Для этого типа сеансов были бы характерными следующие вопросы: «Ваши видения имеют сходство с работами какого-нибудь известного художника?», «Какие цвета вы, в основном, видите?», «Ваши видения геометричны или образны?», «Какой материал и какая техника может лучше выразить то, что вы видите?», «Это изображение вашего видения или автоматическое рисование?», «Как у вас с координацией?», «Сложно ли сосредоточиться на написании картины?», «Напоминает ли музыка, которая вам слышится, какую-нибудь знакомую вам композицию?», «Какими инструментами вы бы воспользовались, чтобы сыграть эту музыку?», «Вы теперь лучше понимаете современное искусство?»

В психотерапевтических сеансах психолитической направленности пациентов вдохновляют использовать сеансы для самоисследования и динамического понимания их эмоциональных проблем. ЛСД феномены воспринимаются, как сложные символические образования, отражающие важные бессознательные процессы пациента. Есть постоянные попытки расшифровать все проявления переживания и использовать их как ключи в процессе выявления первоначальных источников психопатологических симптомов. Психодинамическая установка постоянно поддерживается такими высказываниями, как «Попытайтесь понять, почему вы испытываете сейчас именно это», «Что, по вашему, это значит?», «Напоминает ли это о чем-то из вашего прошлого?», «Попытайтесь связать эти чувства агрессии с первоначальной целью», «Откуда происходит ваш страх? Проследите его до источника!», «Почему, по вашему, вы видите меня трансформированным именно таким образом? Может ли это иметь какое-нибудь символическое значение?», «Связаны ли с этим видением какие-нибудь ассоциации или воспоминания?»

В сеансах, где главной задачей является достижение религиозного или мистического опыта, есть определенная тенденция недооценивать или игнорировать описательные аспекты, психопатологические явления и травматический материал личности. Эстетические элементы считаются важными, но основное внимание сосредоточено на надличностном, трансперсональном и трансцендентальном. В немалой степени это свойственно также и психоделической терапии. В сеансах, нацеленных на достижение психоделического пикового переживания, вербального взаимодействия между терапевтом и пациентом обычно очень мало. Если же оно происходит, то обычно принимает форму простых указаний, а не вопросов. Типичными примерами будет следующее: «Не бойся умереть; это не настоящее умирание. В момент, когда ты примешь смерть, ты испытаешь возрождение»... «В действительности это не уничтожение и разрушение—это растворение, растворение во Вселенной»... «Попробуй использовать музыку—позволь музыке нести тебя; будь в ней и оставайся с ней, постарайся стать музыкой»... «Не сопротивляйся этому; позволь этому произойти, отпусти, постарайся полностью отдаться переживанию»... «Мы можем подумать и поговорить потом; сейчас просто старайся испытывать всё, что происходит, будь собой, просто будь!»

ЗНАЧИМОСТЬ ОБСТАНОВКИ

Во время моей клинической работы с ЛСД я сделал множество наблюдений, ясно обнаруживающих, что физические и межличностные элементы обстановки также могут глубоко влиять на природу ЛСД реакции. Многие ситуации, в которых внешние стимулы имеют сильное влияние на субъекта и изменяют его или её ЛСД переживание, в конечном счете, можно понять с позиции содержания соответствующих динамических управляющих систем и их сложного взаимодействия со стимулами окружающей среды. Если в обстановке присутствуют элементы, являющиеся характерными компонентами позитивных СКО или позитивных перинатальных матриц, они могут способствовать проявлению приятных или даже экстатических переживаний. Так как эти переживания имеют огромный целительный потенциал и терапевтическую ценность, эту связь следует систематически использовать на психоделических сеансах, и в обстановку нужно включить как можно больше связанных с позитивными системами элементов. Важность этого принципа была открыта эмпирически и используется психоделическими терапевтами.

Лечебное помещение должно быть тихим, уютным, украшенным со вкусом, и обставленным по-домашнему. Большое внимание следует уделить выбору тканей, картин и букетов цветов. Красивый природный пейзаж или определенные объекты, отражающие богатство природы, обычно очень хорошо влияют на ЛСД переживание. Это можно понять из того факта, что видения прекрасных ландшафтов происходят в контексте БПМ I как часть символизма, свойственного этой матрице. Также воспоминания посещения или пребывания в красивых и уютных уголках природы представляют важные слои некоторых позитивных СКО. Есть достаточные эмпирические подтверждения того, что идеальным расположением для психоделических учреждений будущего станет природная обстановка: у горных озер, на берегу океана, на маленьких островах, в пустынях, в лесах или старых парках. Чистая вода в любой форме, похоже, оказывает особенно сильное влияние на ЛСД субъектов; плавание, душ или ванна часто могут развеять негативные переживания и усилить экстатические. Один из наиболее важных факторов обстановки это хорошая стереофоническая музыка высокого эстетического качества.

И напротив, элементы, обычно связанные с негативными СКО, как правило, вызывают неприятные ЛСД переживания, если являются частью обстановки или появляются случайно. Яркий примером этого будет маленькая, некрасивая, клаустрофобная и безвкусно обставленная лечебная комната, с неприятным видом из окна вроде индустриальных зон с фабриками, свалками, большими дымовыми трубами и атмосферой химического загрязнения. Громкие голоса людей, неприятная музыка, шум техники и звуки сирен, скорой помощи, пожарных машин и самолетов—все это примеры проблем, которые могут оказать очень негативное влияние на психоделическое переживание. По этой же причине обстановка сеанса не должна напоминать субъекту госпиталь, кабинет врача или лабораторию. Из-за динамики

СКО и БПМ медицинские элементы вроде белой плитки, медицинских кабинетов, белых халатов, шприцев, склянок с таблетками и стерильного окружения, как правило, вызывают переживания, связанные с болезнями, операциями, несчастными случаями, болью, агонией и смертью. По очевидным причинам традиционная атмосфера психиатрических учреждений может вдобавок вызвать переживания, связанные с тюрьмами, концентрационными лагерями или военными бараками.

Подобные связи существуют и в отношении элементов межличностной обстановки сеансов. В этом смысле идеальной кажется ситуация, когда присутствует немного хорошо знакомых людей, которым субъект доверяет; это, в основном, очень благотворно влияет на течение сеанса. Как будет рассмотрено позже, терапевтическая диада, сочетающая мужскую и женскую составляющие в атмосфере доверия, кажется идеальным решением. Негативные последствия можно ожидать в случае частой перемены межличностной ситуации, когда много незнакомых субъекту людей беспорядочно появляются и исчезают. Это ситуация ЛСД переживаний в обстановке вечеринки или даже на некоторых ЛСД сеансах в университетских госпиталях, где медицинские студенты периодически заскакивают, короткое время наблюдают субъекта, кидают пару шуток или неуместных комментариев и уходят. То же верно и для экспериментальных установок, в которых субъекта перемещают из одной тестовой ситуации в другую, подключают к различным приборам, заставляют проходить странные лабораторные обследования и каждый час просят помочиться в баночку и сдать кровь.

Уже было упомянуто, что определенные физические воздействия из окружения могут очень значительно изменить сеанс, если они похожи или идентичны элементам активированной в данный момент СКО или перинатальной матрицы. То же можно наблюдать и в связи с определенными случайными звуками; так, лай собаки, звук двигателя, взрыв фейерверка, сирена фабрики или скорой помощи или определенная мелодия могут иметь особое биографическое значение, которое может обеспечить весьма неожиданные реакции субъекта. Иногда общий характер лечебного помещения, определенные предметы мебели и тривиальные объекты или какие-то аспекты вида из окна могут сыграть роль мощных избирательных спусковых крючков переживаний.

Тот же механизм можно наблюдать и в отношении людей, которых субъект видит во время сеанса. Различные люди, как правило, вызывают очень специфические и дифференцированные реакции. Мы наблюдали многочисленные ситуации, в которых каждый раз при появлении в комнате определенной медсестры происходили драматичные реакции. Проявления, запущенные таким с виду безобидным способом, охватывали довольно широкий спектр и включали такие разнообразные реакции, как сильная дрожь, тошнота с рвотой, сильная головная боль, исчезновение цветов из видений и галлюцинации определенных цветов. Наоборот, мы также отметили внезапные переживания светлых, экстатических чувств, ощущения спокойствия или чувства эмоциональной поддержки. Порой весь характер сеанса специфически изменялся при замене дневной смены ночной, когда новая группа персонала попадала в поле переживаний пациента. С некоторыми медсестрами пациенты чувствовали себя в безопасности и защищенными и имели, по большей части, позитивные переживания; с другими те же субъекты на том же сеансе становились беспокойными, враждебными или подозрительными. Эти различия были в большой степени индивидуальны, и определялись, в основном, биографически. Мы не наблюдали, чтобы некоторые медсестры всегда оказывали, с абсолютным постоянством и только по причине своих личностей, позитивное или негативное влияние на всех субъектов.

Последующий анализ обычно давал объяснение этим идиосинкразиям с позиции личной истории субъекта и его или её взаимодействия с определенной медсестрой. В некоторых случаях ответ, видимо, был в физическом сходстве медсестры со значимой фигурой из прошлого субъекта; в других—сходство моделей поведения, привычек или подхода к субъекту. Иногда реакции пациентов могли объясняться тем, что они помещали медсестру в межличностную категорию, к которой они имели или особо хорошее, или конфликтное отношение—например, возможный сексуальный партнер, опасная соблазнительница,

соперница, конкурент, женщина-мать, понимающий человек, доминирующий тип, авторитетная фигура или персонифицированное суперэго.

Успешная ЛСД терапия требует глубокого понимания важности установки и обстановки, и тогда эти факторы станут мощными инструментами в терапевтическом процессе, а не будут действовать стихийно и создавать непредсказуемые проблемы и осложнения.

СНОСКИ

1. Заинтересованный читатель найдет больше информации о многоуровневой переопределенности ЛСД переживаний в первом томе этой серии, Станислав Гроф: Области человеческого бессознательного.

2. Интересно сравнить эту психоделическую картографию с четырьмя уровнями и стадиями, описанными Р. Э. Л. Мастерсом и Джин Хьюстон в их пионерской книге «Переменные Психоделического опыта. Авторы выделяют (1) сенсорный уровень (эйдетические образы и другие изменения восприятия, измененный образ тела, искажения пространства и времени), (2) собирательно-аналитический уровень (повторное проживание важных эмоциональных переживаний из прошлого, встреча с личностными проблемами, конфликтами в отношениях, жизненными целями), (3) Символический уровень (исторические, легендарные, мифологические, ритуальные и архетипические видения) и (4) Интегральный уровень (религиозное просветление, мистическое единство, озарение, психологическое слияние). Первые два уровня обеих картографий демонстрируют существенное соответствие друг с другом. Картография Мастерса-Хьюстон не называет отдельно уровень процесса смерти-возрождения, который всегда играет важную роль в моей концептуальной модели. Их символический и интегральный уровни объединены в представленной здесь картографии в категорию трансперсональных переживаний.

3. В этом контексте значение СКО для динамики ЛСД сеансов может быть лишь бегло очерчено. Заинтересованный читатель найдет детальное обсуждение этой темы в нескольких клинических примерах из моей первой книги, «Области Человеческого Бессознательного». Другой источник информации по данной теме это книга Ханскарла Лейнера, «Die experimentelle Psychose» (Экспериментальный психоз). Его концепция «Трансфеноменальных динамических систем» очень тесно связана с концепцией СКО, но не идентична им. Термин «комплекса» К. Г. Юнга это ещё один подход к той же области проблем.

4. Интересно указать в этой связи на поразительные параллели между этим наблюдением из психоделической терапии и концепцией метаценностей и метамотиваций Абрахама Мэслоу, происходящей из исследований спонтанных пиковых переживаний, случающихся без применения лекарств.

5. Терапевтическая философия тех ранних лет может быть проиллюстрирована подходом доктора Ван Рижна из Голландии, описавшего на ЛСД конференции свое видение психиатрического учреждения будущего. Она включала систему маленьких лечебных ячеек, в которых пациенты будут проводить дни, в одиночестве прорабатывая их эмоциональные проблемы при помощи ЛСД.

6. Заинтересованный читатель найдет хороший пример ЛСД сеанса, в котором полностью доминировали аспекты переноса, в моей первой книге, «Области Человеческого Бессознательного» (случай Шарлотты, стр. 224)

7. Описание ЛСД сеанса Шарлотты, опубликованное в моей первой книге, «Области Человеческого Бессознательного», стр. 224, полно хороших примеров вышеописанных иллюзорных трансформаций.

8. Заинтересованный читатель найдет полную историю случая Ренаты в моей книге «Области Человеческого Бессознательного», стр. 52

3. ПСИХОЛИТИЧЕСКАЯ И ПСИХОДЕЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ ПРИ ПОМОЩИ ЛСД: К ИНТЕГРАЦИИ ПОДХОДОВ.

Поиск эффективной техники ЛСД психотерапии

Преимущества и недостатки психолитического подхода

Плюсы и минусы психоделической терапии

ПОИСК ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕХНИКИ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ

Было бы очень трудно в систематической и исчерпывающей форме описать терапевтическую процедуру, применявшуюся в моих клинических исследованиях в Праге. Когда началось это исследование, об ЛСД и его терапевтическом потенциале было известно очень мало. Цель исследования была в выяснении, может ли ЛСД быть полезен в диагностике личности и терапии эмоциональных нарушений. Так как этот проект был пилотным исследованием, предназначенным для накопления новых наблюдений, на ранних этапах он сочетал терапевтические усилия, основанные на конвенциональном понимании психотерапевтического процесса, с первыми шагами в совершенно новом мире клинических феноменов. Так, по мере продвижения исследования лечебная техника развивалась и постоянно изменялась. Изменения в терапевтическом подходе отражали мой растущий клинический опыт, более глубокое понимание эффектов ЛСД и немедленное вдохновение, которое давали разные неожиданные наблюдения. В следующем тексте я вкратце выделю главные тенденции и стадии развития новой терапевтической техники.

Когда я начал проводить терапевтические ЛСД сеансы с психиатрическими пациентами, будучи увлеченным и убежденным психоаналитиком, я автоматически выбрал классическую фрейдистскую позицию. У меня не было никаких сомнений в концептуальных рамках психоанализа и действенности его терапевтической техники. Моей целью было изучение возможности усилить и ускорить психоаналитический процесс, который казался мне интеллектуально совершенным в теории, но весьма неэффективным на практике. Я надеялся, что использование ЛСД в качестве дополнения к терапии даст более впечатляющие результаты, чем классический анализ, требующий годов усердной работы и дающий относительно скудные результаты при огромных вложениях времени и энергии. Однако в ходе моих исследований ЛСД ежедневные клинические наблюдения заставляли меня радикально отойти не только от терапевтической техники психоанализа, но также и от его концептуальной системы и базовой философии.

В первых проводимых мной ЛСД сеансах я просил пациентов лежать на кушетке, а я сидел в кресле у изголовья, чтобы им не было меня видно. Я надеялся получать почти безостановочные отчеты об их ЛСД переживаниях и периодически предлагать интерпретации. Но вскоре стало очевидно, что такая позиция не подходила для ЛСД психотерапии, и я не смог придерживаться её дольше нескольких сеансов. Природа переживания и процесса, похоже, была несовместима с фрейдовской техникой и требовала более человеческого подхода, искренней поддержки и личной вовлеченности. Сперва я поставил кресло сбоку от кушетки, а позже всё чаще покидал его, чтобы присесть на край кушетки, входя в прямой физический контакт с пациентом. Контакт варьировался от простой поддержки вроде держания за руку, поддерживающих прикосновений или качания на руках до глубокого массажа, маневров из биоэнергетики или психодраматического разыгрывания борьбы. Из-за моего психоаналитического образования переход от отстраненного подхода к прямому участию в процессе происходил постепенно и не без сопротивления и конфликта. Оказалось очень уместным дать эту степень поддержки субъектам, страдающим от чрезвычайных эмоциональных мытарств и часто показывающим признаки очень аутентичной регрессии в ранние периоды младенчества. Однако описание этого процесса должно рассматриваться в его историческом контексте; он может показаться почти смешным в век центров личностного роста, групп общения, тренингов чувствительности, нео-райхианских терапий и голых марафонов. Но я делал первые шаги в нарушении фрейдовского табу на прикосновение, участвуя в семинарах, на которых мои учителя всерьез обсуждали, представляет ли рукопожатие с пациентами опасности для процесса переноса-контрпереноса. Другой важной модификацией терапевтической техники был переход от интенсивного вербального взаимодействия и редких зрительных контактов к интернализированным сеансам с

минимальным обменом словами, использованием повязки на глазах, наушников и стереофонической музыки.

И даже более радикальными, чем усовершенствования терапевтической техники, были изменения в концептуальной системе и базовых парадигмах, на которых основывается психотерапия. Ежедневные наблюдения из психоделических сеансов ставили под сомнение многие общепринятые научные допущения и создавали необходимость срочно пересмотреть такие фундаментальные вопросы, как картография и динамика бессознательного, природа памяти, происхождение сознания, определение ментального здоровья и болезни, терапевтические цели и иерархия ценностей, философия и стратегия психотерапии. Онтологические и космологические прозрения из изучения психоделиков и их взаимоотношения с революционными концепциями современной физики будут описаны в следующей книге.

Сейчас многие профессионалы замечают необходимость признать мудрость древних и восточных духовных учений и ассимилировать их в психологии и психиатрии. Растет популярность и широкое признание трансперсональной психологии. Вряд ли профессионал, живущий в поздних семидесятих, поймет трудности, с которыми мы столкнулись в поздних пятидесятых и ранних шестидесятых, изучая ЛСД психотерапию, вооружившись концептуальной системой и мировоззрением фрейдовского психоанализа. Почти каждый день на психоделических сеансах мы сталкивались с новыми озадачивающими явлениями, такими, как последовательности смерти-возрождения; внутриутробная, родовая, расовая и филогенетическая память; животное и растительное сознание; или переживания прошлых воплощений. Терапевтические изменения, связанные с некоторыми из этих необычных переживаний, зачастую были гораздо более глубокими, чем достигаемые в ходе биографически ориентированной работы. Рациональность обычного раннего ЛСД исследователя, встречавшего подобные экстраординарные эпизоды, могла попасть под серьезное сомнение, и он быстро учился умалчивать о них в своих отчетах, чтобы не показаться безумным в глазах других. Теперь, двадцать лет спустя, мы гораздо более открыты существованию этих феноменов, но нам всё ещё недостает полноценной концептуальной системы, чтобы их обобщить.

Описания увлекательных приключений ранних клинических исследований, приведших к развитию нынешней терапевтической техники, может представлять исторический интерес, но практическая её ценность невелика. Вместо выкладывания перед читателем сложной последовательности проб и ошибок я сосредоточу свое внимание на конечном результате этого процесса—терапевтической технике, ставшей результатом многих лет клинических экспериментов и кристаллизованной в более-менее стандартной процедуре. По моему опыту, этот подход сводит к минимуму риски и дает максимальную пользу от психоделического процесса. Он делает психотерапию при помощи ЛСД мощным, эффективным и относительно безопасным методом лечения и изменения личности.

Здесь кажется уместным кратко обсудить главные из существующих техник терапевтического применения ЛСД и обозначить их преимущества и недостатки. Это обсуждение должно дать основу для понимания основ терапевтической процедуры, которая будет детально описана далее. Ранее я описал техники и лежащие в их основе концепции, которые считаю четырьмя жизнеспособными подходами к ЛСД психотерапии: психолитический, психоделический, анаклитический и гипноделический методы. Использование ЛСД в гипноделическом контексте кажется наименее полезным из них. Это специализированная процедура, обсуждение которой потребует значительного углубления в теорию и практику гипноза. Она применялась лишь несколькими исследователями прошлого и, скорее всего, не будет широко применяться в будущем. Так же и анаклитическая терапия в её экстремальной форме (техника слияния) практикуется лишь изредка, хотя смягченная её форма была принята многими ЛСД терапевтами. В практических целях мы можем сосредоточиться на двух наиболее важных подходах, психолитической и психоделической терапии, иногда обращаясь к особенностям, которые внесло анаклитическое лечение.

На первый взгляд, психоделическая и психолитическая терапии отличаются и в практике, и в теории настолько, что большинство ЛСД терапевтов считали их несовместимыми. Они ощущали пропасть между ними и между их философиями настолько фундаментальной, что нельзя и помыслить о её преодолении; в результате они приобщались только к одному направлению. Лишь несколько исследователей смогли комфортно чувствовать себя с обоими подходами и применять их поочередно. Эта дихотомия довольно неожиданна, если принять во внимание тот факт, что оба подхода используют одно и то же химическое соединение, оба имеют дело с людьми с эмоциональными расстройствами и преследуют одну цель—терапевтическую помощь пациентам. Хотя экстрафармакологические факторы наподобие личности терапевта или установки и обстановки играют важную роль в ЛСД переживании, кажется разумным признать, что психолитическая и психоделическая терапии имеют дело с явлениями, происходящими в одном континууме и очень тесно связанными, если не одинаковыми. Различия, похоже, состоят не в природе самих переживаний, а в частоте появления определенных элементов на сеансах и акценте терапевта на определенных феноменах и его склонности не придавать значения другим.

Общеизвестно, что психолитические терапевты часто наблюдают трансперсональные феномены в своей клинической практике. Однако они, как правило, отбрасывают их либо как попытки избежать важного травматического материала из детства, либо как нежелательные «психотические» особенности ЛСД процедуры [1]. В психолитических рамках трансперсональные феномены не признаются, и их терапевтическая ценность не замечается. Таким образом, пациентам явно или неявно мешают входить в трансперсональные состояния; более того, малые и средние дозировки, используемые в психолитической терапии, обычно менее способствуют перинатальным и трансперсональным переживаниям, чем высокие дозы, применяемые психоделическими терапевтами.

В то время, как в психолитической терапии часто возникают трансперсональные состояния, многие пациенты в психоделической терапии повторно переживают травматические детские воспоминания и сталкиваются с прочим материалом чисто биографической природы. Многие психоделические терапевты с односторонним акцентом на трансценденции и мистических и религиозных переживаниях очень недооценивают или даже не допускают психодинамические темы. Явный или неявный постулат психоделической терапии обычно таков, что сеанс, проведенный таким образом, уступает тому, который содержит трансперсональные переживания. В этих обстоятельствах пациенты, у которых были, в основном, биографические сеансы в течение психоделической терапии, склонны развивать чувство личной неудачи. Нередко чувство «упущенной возможности» разделяется и обычным психоделическим терапевтом вне зависимости от важности проявившегося и проработанного в таком сеансе биографического материала.

Как было упомянуто раньше, мое собственное развитие было таким, что я лично ознакомился с психолитической, психоделической и анаклитической терапиями. Будучи ортодоксальным психоаналитиком, я начал мою работу с ЛСД в Праге, следуя принципам психолитической терапии. Когда многочисленные наблюдения из моей ежедневной клинической практики сделали этот подход неприменимым, я вышел далеко за пределы обычных психоаналитических рамок, полностью признав практическое и теоретическое значение процесса смерти-возрождения и трансперсональных феноменов. Во время моего пребывания в Лондоне в 1964 я участвовал в работе Джойс Мартин и Полин Маккририк и выработал глубокое понимание анаклитической терапии, как в качестве экспериментатора, так и в качестве наблюдателя. После прибытия в США в 1967 я несколько лет практиковал психоделическую терапию в Мерилендском Центре Психиатрических Исследований в Балтиморе, работая с алкоголиками, зависимыми от героина, невротиками, психологами и психиатрами и индивидами, умирающими от рака.

Вдобавок, на многочисленных ЛСД конференциях и во время визитов в терапевтические учреждения Европы, США и Канады я встречался со многими терапевтами, практикующими психолитическое и психоделическое направления. Обсуждения на этих встречах, изучение

ЛСД литературы и мои собственные клинические опыты глубоко убедили меня в том, что различия между этими двумя лечебными техниками не так уж непреодолимы, как принято считать. Я пришел к выводу, что можно привести происходящие в обоих подходах явления к определенному общему знаменателю и сформулировать всестороннюю общую теорию ЛСД психотерапии. Практическим применением этого нового понимания механизмов, участвующих в ЛСД сеансах стала разработка целостной лечебной процедуры, сочетающей преимущества психолитической и психоделической терапий, сводя к минимуму их недостатки.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ПСИХОЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Бесспорное преимущество психолитической терапии—в её эвристической ценности. Медленное раскрытие различных слоев бессознательного некоторые пациенты сравнивали с химическими раскопками, осторожной археологической работой, последовательно исследующей один слой за другим и изучающей их взаимодействие. Другие субъекты называли этот процесс «чисткой луковицы» бессознательного разума. Богатство получаемого в повторных сеансах с использованием средних дозировок ЛСД материала дает бесценные прозрения не только о природе действия ЛСД, но также и о динамике эмоциональных нарушений и функционировании человеческого разума вообще.

Этот аспект может быть важен не только для терапевта, но также для многих субъектов, заинтересованных в науке, искусстве или философии. Вдобавок к терапевтической пользе эти индивиды получают уникальные уроки о природе человека, искусстве, философии, истории и естественных науках. Психолитическая терапия обычно занимает значительно больше времени, чем психоделическая, в достижении сравнимых результатов; однако она дает индивиду гораздо лучшее понимание территорий разума и механизмов, при помощи которых эти изменения произошли, и она может быть гораздо более предпочтительной для субъектов с менее серьезными и срочными проблемами, имеющих сильный интеллектуальный интерес к природе процесса. Будучи не ограниченной временем ситуацией, психолитическая терапия дает пациенту лучшие возможности для проработки и разрешения важных проблем его или её жизни, чем подход «всё или ничего» психоделической терапии, которая ограничивается лишь одной или несколькими сеансами ЛСД с высокой дозой.

На нынешней стадии развития психолитическая терапия более понята и признана в конвенциональных профессиональных кругах и для «научно настроенных» людей, так как в теории и практике она опирается на широко признанные терапевтические концепции. Это так, несмотря на то, что многие наблюдения из исследований психоделиков ясно и однозначно указывают на ограниченность существующих парадигм и необходимость их пересмотра и переформулировки. [2] Однако психолитический подход позволяет игнорировать или обесценивать большинство этих потрясающих открытий.

Очевидный недостаток психолитической терапии—в том, что она требует гораздо больше времени. Хотя согласно её главному представителю, Ханскарлу Лейнеру, психолитическая терапия способна сократить психотерапевтический процесс (она занимает втрое меньше времени, чем психоанализ), она по-прежнему требует от терапевта огромного количества времени. Это утверждение основывается на клинических впечатлениях; не проводилось никаких сравнительных исследований психолитической и психоделической терапий. Любая попытка сравнить эффективность этих двух подходов на основе существующей литературы приводит к значительным затруднениям. Вдобавок к основным проблемам, связанным с оценкой психотерапевтических результатов, которые были описаны в литературе последних двадцати лет, встречаются и затруднения, специфичные для ЛСД терапии.

В то время как психоделическая терапия в прошлом использовалась преимущественно в работе с алкоголиками, наркозависимыми и пациентами на последней стадии рака, психолитическое лечение занималось другой категорией эмоциональных расстройств—психоневрозами, нарушениями личности и психосоматическими заболеваниями. Уже указывалось, что результат психолитической терапии более прочный и постоянный, потому

что лежащий в основе проблемы материал тщательно прорабатывается, в отличие от психоделического лечения, где происходит динамический сдвиг и трансмодуляция. Мне кажется, что использование более высоких доз и интернализация процесса, практикуемые психоделическими терапевтами, углубляют эффект ЛСД и терапевтически гораздо более продуктивны. Однако мне всё же больше нравится ситуация, не ограниченная во времени, в случае необходимости позволяющая провести серию таких опытов, чем философия психоделического подхода «всё или ничего». Как было упомянуто выше, систематического и хорошо контролируемого сравнительного исследования на данный момент не было проведено, хотя оно было бы очень кстати.

Для тех, кто предпочитает консервативную позицию, важным вопросом может быть число приемов ЛСД и общее количество использованного в психолитической терапии вещества. Хотя ни одно из подозрений насчет биологического вреда ЛСД и не подтвердилось, следует считать его экспериментальным веществом, долгосрочные физиологические эффекты которого ещё не полностью определены.

Другой аспект психолитической терапии, который надо обсудить, это использование низких и средних доз ЛСД, в сравнении с высокими или очень высокими дозировками психоделической терапии. Это может противоречить общепринятому мнению, но сеансы с высокой дозой, в основном, намного безопаснее. Несомненно, сеансы с высокой дозой создают больше реальных и потенциальных проблем во время непосредственного действия вещества. В обстоятельствах бесконтрольного применения, падение психологической защиты, мощное проявление глубокого бессознательного материала, потеря эффективного контроля и как следствие отсутствие проверки реальности в сеансах с высокой дозой, представляет серьезнейшие потенциальные опасности. Однако опытная терапевтическая команда обычно может справиться с этим довольно легко. В конечном счете, те же аспекты сеансов с сильной дозой, которые делают их более рискованными, в то же время оказываются и преимуществами. Пониженная способность сопротивляться действию препарата и более полная сдача приводят к лучшему разрешению и интеграции опыта. Низкие и средние дозы очень эффективно активируют скрытый бессознательный материал и приближают его к поверхности, но они также дают возможность субъекту избегать полноценной встречи и эффективного взаимодействия с ним. Сеансы такого рода могут привести к чувству чрезвычайной усталости после опыта, чувства незавершенности, различным неприятным эмоциональным и психосоматическим последствиям и продлению эффекта или неустойчивому эмоциональному равновесию, приводящему к последующим возвращением психоделических эффектов («флэшбэки»). В следующей главе мы обсудим различные принципы и техники проведения психоделических сеансов, приводящие к лучшему разрешению и уменьшают вероятность продления эффектов и флэшбэков.

Психолитическая терапия включает серию среднедозовых ЛСД сеансов (от шестнадцати до восьмидесяти или больше, в зависимости от природы клинической проблемы) и таким образом дает многочисленные возможности для временной активации и неподходящего завершения бессознательных гештальтов. В течение психолитической терапии клиническое состояние пациента претерпевает значительные изменения в обоих направлениях, и иногда терапевту приходится сталкиваться с серьезным временным ухудшением симптомов или даже декомпенсации, когда пациент приближается к области глубоких и важных конфликтов. Это усиление симптомов иногда происходит после того, как в ходе лечения было достигнуто значительное улучшение, и терапевт продолжает сеансы с намерением «укрепить результат и предупредить рецидив». Хотя психоделическая терапия и не исключает возможность активации с последующей неполной интеграцией бессознательного материала, она определенно значительно понижает вероятность такого происшествия.

Потенциально негативный аспект психолитической терапии это огромная интенсификация переноса, почти неизбежно происходящая в течение работы. Это дает уникальные терапевтические возможности, а также значительные опасности и трудности. Явление переноса и его анализ это важная теоретическая и практическая проблема для ЛСД

психотерапии и психотерапии в целом. Нет сомнений в том, что качество терапевтических отношений это один из важнейших факторов, определяющих течение и результат ЛСД сеансов. Однако намного меньше уверенности в том, что развитие переноса и его анализ имеют ключевое значение для терапевтического прогресса. Этот момент недооценивается в классическом психоанализе и психоаналитически ориентированной психотерапии, но не исключена вероятность, что существуют другие эффективные механизмы терапевтических изменений. Наблюдения из ЛСД психотерапии очень сильно подталкивают к выводу, что усиление переноса прямо пропорционально сопротивлению к столкновению с исходным травматическим материалом. Поэтому в определенном смысле ЛСД терапевт, придающий большое значение идентификации и анализу явлений переноса, вместо того, чтобы заметить его и направить внимание пациента за его пределы, сотрудничает с защитными механизмами. Довольно регулярно в течение ЛСД психотерапии случается так, что различные проблемы переноса автоматически исчезают после того, как субъекту удается встретить и проработать лежащий в их основе бессознательный материал психодинамической, перинатальной или трансперсональной природы.

Определенный недостаток психолитической терапии это то, что в теории она опирается на конвенциональную динамическую психотерапию. По этой причине она не предлагает адекватной концептуальной системы для многих происходящих на ЛСД сеансах переживаний. Некоторые из них имеют исключительный терапевтический потенциал (например, процесс смерти-возрождения, воспоминания прошлых воплощений, различные архетипические явления и особенно переживания космического единства). Последние тесно связаны (но не идентичны им) с океаническими чувствами, переживаемыми младенцем при кормлении грудью и в матке. Похоже, они имеют такое же фундаментальное значение для успешности ЛСД терапии, как и естественные переживания симбиотического единства с матерью—для развития эмоционально здоровой и устойчивой личности. Тенденция обесценивать и избегать перинатальных и трансперсональных феноменов или интерпретировать их в понятиях более поверхностных уровней ограничивает потенциал ЛСД психотерапии и часто смущает пациента.

ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ПСИХОДЕЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Некоторые преимущества психоделической терапии практические, а некоторые имеют теоретическую природу. В целом, терапевтические изменения, достигаемые за один психоделический сеанс, гораздо более драматичны и глубоки, чем наблюдаемые в результате одного психолитического сеанса. Определенные аспекты психоделической лечебной техники представляют хорошее ускорение и углубление терапевтического процесса, а также значительное повышение его эффективности и безопасности. Этот подход, похоже, полностью признал важность позитивных переживаний, которые обычно недооцениваются в психолитической терапии; последняя разделяет с психоанализом односторонний акцент на психопатологии и травматическом материале. Явное сосредоточение на позитивном потенциале человеческих существ это важный терапевтический фактор; так, есть акцент на позитивном построении установки и обстановки психоделических сеансов. Внешние обстоятельства глубоко влияют на завершающий период сеанса и, таким образом, на результат психоделического опыта. Открытие критической важности этой стадии это важный вклад психоделических терапевтов в ЛСД процедуру.

Похоже, есть несколько причин большей эффективности и безопасности психоделической терапии. Высокие дозировки и интернализация процесса приводят к большей глубине, интенсивности и спонтанному течению переживания; это приводит к большим всплескам эмоций, но также и к лучшей возможности для позитивного прорыва. Одиночный психоделический сеанс может достичь потрясающих терапевтических результатов, проходя или обходя психодинамические уровни и запуская мощные механизмы трансформации на перинатальном и трансперсональном уровнях. Этому способствует полное теоретическое признание и утверждение трансперсональных реалий. Тщательное позитивное построение обстановки это ещё один важный фактор терапевтических изменений.

В результате благоприятной комбинации вышеперечисленных факторов может быть достигнут хороший терапевтический результат, даже если пациент не сталкивается явно с определенными наиболее трудными и конфликтными областями на психодинамическом уровне; в систематическом психолитическом лечении с ними неизбежно пришлось бы встретиться. В этих обстоятельствах риск ухудшения клинического состояния значительно ниже (даже в случае пациентов с очень серьезными эмоциональными нарушениями), чем после отдельных психолитических сеансов.

Если мы примем во внимание и другие важные преимущества психоделической терапии, в частности, меньшие временные затраты, не такой интенсивный прием препарата и меньшие проблемы переноса, покажется, что психоделическая процедура очевидно превосходит психолитический подход. Потому важно обсудить некоторые из теоретических и практических недостатков психоделической терапии, которые следует принять во внимание при создании интегрированного терапевтического подхода. Важный вопрос, который надо было бы прояснить, это природа изменений, наблюдаемых в психоделической терапии. Главное возражение против этих резких клинических улучшений и личностных трансформаций это то, что они представляют собой скорее лишь временные сдвиги, чем глубокие изменения динамических структур. С этой точки зрения, психолитическая терапия, медленно и терпеливо обрабатывающая различные уровни бессознательных конфликтов, может дать более продолжительные результаты. Не существует сравнительных исследований, которые ответили бы на фундаментальный вопрос, возможны ли глубокие и устойчивые терапевтические изменения без проработки материала раннего детства, воспроизведения исходных травматических отношений в ситуации переноса и подвергания этих анахроничных моделей анализу. Хотя наблюдения из исследований ЛСД явно указывают на то, что существуют важные альтернативы, им придется остаться на уровне клинических впечатлений, пока их систематически не изучат и не подтвердят.

Гораздо более серьезная проблема, с которой психоделической терапии (в её сегодняшнем виде) приходится сталкиваться, это то, что несмотря на попытки позитивного построения ЛСД сеансов невозможно гарантировать, что у всех субъектов будет глубокий трансформирующий опыт. В программе Спринг Грув, где у различных категорий субъектов систематически исследовался терапевтический потенциал психоделической терапии, использующей одиночный сеанс, частота «психоделического пикового переживания» колебалась от 25 до 78 процентов в зависимости от изучаемой категории. Наименьшей она была у невротических пациентов, а наибольшей у наркозависимых; между ними находились специалисты по психическому здоровью, индивиды, умирающие от рака и алкоголики.

Психоделическое пиковое переживание это определенно важный фактор, опосредующий глубокую трансформацию личности; однако этот момент не является *conditio sine qua non* успешной терапии. Разные степени улучшений наблюдаются у многих пациентов, в своих психоделических сеансах не достигших трансцендентального уровня сознания. К сожалению, кандидатов для продуктивного и успешного психоделического сеанса невозможно заранее выявить с достаточной степенью уверенности ни по какому известному критерию. Пока важные переменные, определяющие исход сеанса, не до конца поняты, психоделическому подходу с его философией «всё или ничего» приходится во многом надеяться на удачу.

Теоретические изыскания психоделической терапии, возможно, более важны, чем её практические недостатки. Этот подход может давать очень существенные терапевтические изменения при минимальном понимании механизмов, лежащих в основе процесса. Материал из психоделических сеансов может дать новые прозрения о некоторых явлениях очень общей природы, таких, как динамика позитивных и негативных систем памяти, существование новых механизмов личностной трансформации, измерений человеческого опыта и человеческого разума, состояния сознания, связанные с умиранием, или мистическая природа Вселенной. Это относительно слабо расширяет наше понимание эффектов ЛСД, картографии человеческого разума, психодинамики психических заболеваний или механизмов терапевтических изменений.

Этот аспект психоделической терапии покажется огромным недостатком тем, кто оценивает вклад этой процедуры в науку по западным стандартам. Но это будет очень ценно для тех, кто ищет альтернативу линейному, рациональному и логическому подходу к познанию. Прозрения, рождающиеся на высокодозовых психоделических сеансах, глобальны, интуитивны и голографичны по природе. Трансцендентальное «Ага!» переживание такого рода не может быть эффективно расчленено западным аналитическим умом или использовано прагматически. Это озарение о самой сути существования. Испытуемый не получает рационального понимания космического процесса, он достигает прямого переживания, теряя собственную отдельную идентичность и буквально *становясь* этим процессом.

Интуитивные прозрения об универсальной схеме вещей очень похожи на процесс, описанный в Упанишадах, как «Познание Того, познание чего дает знание обо всем». Это не дает полного и всеобъемлющего интеллектуального понимания Вселенной—причинно-следственных связей и прагматического ноу-хау об объектах и явлениях феноменального мира, это трансценденция явлений, пространства, времени и причинности.

Необходимо добавить, что это часто сопровождается убежденностью, что некоторые из вопросов, ранее казавшихся важными или даже срочными, не актуальны в контексте новой системы отсчета. Вместо поиска ответов на определенные вопросы достигается состояние, в котором эти вопросы не существуют или неуместны, или нет необходимости их задавать; и нахождение ответов, и трансценденция вопросов являются решениями проблемы, решениями разного уровня и разных типов.

Тот факт, что определенные вопросы кажутся ЛСД субъектам нерелевантными в контексте мистического сознания, не облегчат фрустрацию научно настроенного исследователя, пытающегося сделать какие-то общие выводы из наблюдений психоделической терапии. Огромная межиндивидуальная изменчивость исключает любые адекватные обобщения, основанные на материалах одиночных сеансов многих разных субъектов. Четкий духовный акцент психоделической терапии, признание ею мистических состояний сознания и допущение того, что покажется поверхностному наблюдателю элементами внушения религиозных идей, определенно делает этот подход менее привлекательным для скептической и критичной профессиональной аудитории. Это будет оставаться так, пока не будет выработана адекватная парадигма, которая позволит ассимилировать эти новые необычные явления в существующую систему психиатрических знаний и общей научной теории.

СНОСКИ

1. Артур Жанов имеет похожий подход к духовным переживаниям, случающихся у некоторых пациентов во время первичной терапии. Его исходный акцент был исключительно на воспоминаниях раннего детства. Позже клинические наблюдения заставили его включить травму рождения, значение которой он поначалу отрицал, в теорию первичной терапии. На данный момент ему всё ещё не хватает искреннего признания ценности трансперсональных переживаний, он называет их «отговоркой от первичной боли». Наиболее серьезная дилемма первичной терапии это то, что она использует инструмент достаточно мощный для обеспечения переживаний, для которых её ограниченная теория не имеет адекватной концептуальной системы.

2. Трансперсональную психологию и мистическое мировоззрение часто и ошибочно называют ненаучными. Это отражает тот факт, что психология и психиатрия (как и общество вообще) всё ещё придерживаются старой модели мира, основанной на Ньютоновском видении Вселенной и Картезианской дихотомией между разумом и материей. В действительности же мистическое мировоззрение поразительно хорошо совмещается с революционными открытиями в современной науке, например, теорией относительности и квантовой физикой. И современная физика, и мистическое мировоззрение нарушают здравый смысл и несовместимы с тем, что можно назвать «прозаическое сознание и мировоззрение», которое не поспевает за ними. Заинтересованный читатель найдет замечательное обсуждение

точек соприкосновения современной физики и мистицизма в книге Фритьофа Капры «Дао Физики».

4. ПРИНЦИПЫ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ

Подготовительный период

Психоделические сеансы

Интеграция переживаний

Обсудив наиболее общие проблемы, связанные с ЛСД психотерапией, я опишу базовые принципы ЛСД процедуры, которая, согласно моему прошлому клиническому опыту, может дать наилучшие терапевтические результаты в кратчайшие сроки и с наименьшей вероятностью осложнений. Данная процедура также полностью соответствует клиническому здравому смыслу и нынешнему теоретическому пониманию механизмов ЛСД реакции.

Идеальное течение ЛСД психотерапии это априори не ограниченная во времени и в количестве сеансов ситуация. Вообще, процесс лечения состоит из трех отдельных, но взаимосвязанных фаз. Первая из них это подготовительный период: он включает серию встреч без приема лекарств, во время которых субъекта готовят к приему препарата. По очевидным причинам природа подготовительной фазы будет очень разной для первого психоделического сеанса; когда сеансы повторяются, будут сделаны определенные обобщения, и глубокое внимание будет направлено на определенные специфические проблемы, выявленные на ранних сеансах. Вторая фаза это сам лекарственный сеанс; в день сеанса пациент проводит много часов в специальных лечебных апартаментах в присутствии, в идеале, терапевтической диады мужчины и женщины. Третья фаза включает несколько бесед без приема препарата в период после сеанса; их смысл в том, чтобы помочь субъекту интегрировать содержание психоделических переживаний в свою повседневную жизнь.

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Первому ЛСД сеансу должен предшествовать достаточно длительный период немедикаментозного взаимодействия между субъектом и ситтерами. Время, необходимое для адекватной подготовки человека к психоделическому сеансу, зависит от природы вовлеченных проблем и от обстоятельств; обычно это где-то между пятью и двадцатью часами. Ясно, что гораздо меньше времени требуется для работы с относительно эмоционально стабильными субъектами, которые вызываются на ЛСД сеансы с целью профессионального обучения, личностного роста или увеличения креативности, чем для подготовки очень тревожных пациентов с серьезными невротическими, психосоматическими или пограничными психотическими симптомами.

Так как все ситуации разные, и проблемы каждого клиента довольно специфичны, в принципе невозможно предложить конкретное и детальное руководство насчет природы, содержания и продолжительности подготовительного периода. Однако можно дать некоторые общие рекомендации и выделить определенные основные принципы и стратегии для подготовительной работы.

Если сеанс проводится в терапевтических целях, терапевт должен весьма детально обсудить нынешнюю жизненную ситуацию субъекта, эмоциональную, межличностную и профессиональную адаптацию и динамику различных психопатологических симптомов. Также важно достаточно хорошо ознакомиться с биографическими данными кандидата от раннего детства до недавнего прошлого. Это будет очень полезно для более глубокого понимания различных эпизодов психодинамической природы, которые могут произойти на ЛСД сеансах. Терапевт, знакомый с историей развития субъекта, сможет дать более эффективную поддержку и руководство. Знание семейной динамики субъекта, характерных межличностных паттернов и идиосинкразических эмоциональных реакций в разные периоды его или её жизни облегчает распознавание особых биографически обусловленных искажений терапевтических отношений и позволяет более эффективно работать с ними. Особенно важная

часть подготовительной работы это распознавание определенных повторяющихся тем и паттернов, замкнутых кругов и самовоспроизводящихся элементов в межличностном взаимодействии клиента, так как они имеют тенденцию проявляться в трансферентных отношениях.

Во время изучения истории субъекта терапевту следует высказывать все свои значимые идеи и наблюдения касаясь материала. Одна из важных задач это развитие эффективного контекста для выработки у субъекта понимания связей между его или её травматическим прошлым и существующими сейчас проблемами и трудностями. Другая область, заслуживающая особого внимания, это связь между психопатологическими симптомами и межличностной неприспособленностью. Очень важно здесь отойти от классического психоаналитического подхода и проводить беседы в духе философии психоделической терапии. Психоаналитический подход озабочен, в первую очередь, психопатологией, а потому занят только негативными аспектами личности пациента. Фрейдовский образ человека инстинктивистский и весьма пессимистичный. Психоанализ воспринимает человеческое поведение, как мотивируемое примитивными импульсами сексуальной и агрессивной природы и интерпретирует все высшие ценности, как реактивное образование или компромисс с давлением социума. Несчастье это якобы нормальное человеческое состояние; задача психотерапии—заменить чрезмерные мучения невротика нормальным человеческим страданием. Психоаналитик, по существу, не направляет пациента; он или она избегает оценочных суждений и любого активного руководства по отношению к пациенту. Очень редко случаи, когда обученный в классических традициях психоаналитик дает четкий ответ на конкретный вопрос.

При подготовке к ЛСД сеансу также обсуждаются симптомы и жизненные проблемы. Однако терапевт старается, насколько возможно, обращаться к здоровому ядру личности пациента. Основной посыл в том, что в каждом человеческом существе есть глубокий положительный потенциал, который скрывается за симптомами, какими бы сокрушительными и уродующими они ни казались. Травмирующее прошлое воспринимается, как набор факторов и ситуаций, которые отдалили пациента от его истинной сути.

Образ человеческой природы, на котором основывается данный подход, ближе к индуистской философии, чем к фрейдовскому психоанализу. За барьером негативных инстинктивных сил, связанных с ранними биографическими травмами и адскими областями перинатальных матриц существуют огромные трансперсональные области сверхсознательного разума и система позитивных универсальных ценностей, не отличающихся от метаценностей Абрахама Мэслоу. В психоделической модели человеческий разум не ограничен биографически детерминированными элементами фрейдовского бессознательного; у него нет границ или пределов, и он соразмерен всей Вселенной. В этой точки зрения гораздо правильнее видеть человеческую природу божественной, чем звериной. Хотя особенности этой философии не сообщаются пациенту во время подготовки к сеансам, это мировоззрение характеризует подход психоделического терапевта.

В работе с ЛСД пациентами, во время подготовки или позже, нет необходимости исключать оценочные суждения и прямые советы. Терапевт не должен пытаться давать пациенту конкретное руководство насчет конкретных жизненных ситуаций наподобие вопросов заключения брака или развода, рождения ребенка, аборта, увольнения или найма на работу. Здесь психоаналитические принципы определенно оправданны. Данные ситуации обычно слишком сложны и содержат множество непредсказуемых факторов; терапевт не может достаточно объективно их оценить, чтобы быть в состоянии предложить оптимальный план действий с точки зрения потребностей пациента. В этих обстоятельствах очень вероятно, что совет будет отражать бессознательные страхи терапевта, желания и потребности, вместо того, чтобы являться «объективным профессиональным суждением». Однако направляющий подход, похоже, показан и полезен в отношении общей философии существования и жизненной стратегии. Здесь ЛСД терапевт может основываться в своем руководстве на системе ценностей, которая, видимо, является естественной и универсальной. Эти ценности,

как правило, вырабатываются независимо и весьма последовательно в течение успешной психоделической терапии у различных субъектов и, видимо, связаны со здоровым функционированием.

Один из базовых постулатов этой стратегии существования это акцент на жизни в здесь-и-сейчас (настоящем моменте, данной минуте, сегодня), который противопоставлен пережевыванию воспоминаний нескольких десятков лет и погружению в фантазии или построение планов на многие годы вперед. Вместе с этим внимание клиента перенаправляется от грандиозных схем к простым и обыкновенным ситуациям повседневной жизни, которые представляются не только как новый и нетронутый источник потенциального удовлетворения, но как *единственная* реальная основа удовлетворенности жизнью. Клиента не обязательно отговаривают преследовать сложные и долгосрочные цели, его подводят к осознанию того, что внешние достижения сами по себе не принесут ожидаемого удовлетворения и душевного умиротворения. Глубокое столкновение со смертью, являющееся важной частью психоделического процесса, неизбежно заставит человека понять, что хороший образ себя и положительные чувства по отношению к себе, способность наслаждаться процессом жизни и глубокое чувство осмысленности существования не зависят от сложных внешних условий. Они представляют собой естественное состояние организма и способ существования в мире, в сущности, не зависящий от материальных условий жизни, за исключением некоторых особых крайностей.

При этом фундаментальном взгляде на существование даже самые скромные жизненные условия могут восприниматься, как достаточно хорошие. В определенном смысле даже простой факт участия в сознании и в космическом процессе, каким бы оно ни было, кажется очень значимым. Обычная деятельность вроде ежедневной работы, физических упражнений, еды, прогулок, наблюдения захода Солнца или занятий любовью могут стать радостным выражением и празднованием жизни. Когда этой базовой удовлетворенности жизнью нет, тогда внешний успех любого рода и достижение любой цели её не создадут. В этих обстоятельствах неистовая погоня за тем, что кажется целями, которые придадут жизни смысл, не даст ожидаемого удовлетворения, а заведет индивида в сеть замкнутых кругов. Если позитивные чувства по отношению к жизни отсутствуют, их следует искать внутри, в процессе глубокого самоисследования и внутренней трансформации, а не только манипулируя внешними обстоятельствами. Так, философия, на которой основывается психоделическая терапия, придает особое значение ориентации на процесс, а не на результат или цель. В этом контексте становится очень важным, как и с каким отношением человек выполняет определенные действия, а не только то, какой конкретный выбор он делает и каким будет конечный результат его действий.

Во время подготовки к сеансу вышеприведенная система ценностей может явно и неявно сообщаться клиенту при любой удобной возможности. Уместно активно пресекать чрезмерную сентиментальную и ностальгическую погруженность в прошлое, обдумывание прошлых решений и выборов, размышления о связанных с виной действиях или ретроспективную заикленность на неудачах и ошибках. Так же клиента можно предупредить, что он может не достичь ожидаемого счастья от построения и реализации сложных планов на будущее, включающих деньги, власть, статус или славу. Это особенно важно, если схемы будущего иррациональны, нереалистичны и слишком грандиозны или если клиент явно теряет время в бесплодных мечтаниях и построении «воздушных замков».

Похоже, совершенно оправдано подчеркивание глубокой мудрости эмоциональной и философской (но необязательно прагматичной) ориентации на настоящий момент и поиск базовой удовлетворенности жизни в обычных ситуациях. Также можно указать на пустую и саморазрушительную природу различных побуждений и поведений, отражающих отчаянную необходимость самоутвердиться, удовлетворить или убедить в чем-то своих родителей или сверстников или неопределенных «их» или добиться иррационального авторитета. Так как данная система ценностей и жизненная стратегия происходит из психоделического процесса, есть хорошая возможность получить в лекарственных сеансах мощное эмпирическое

подтверждение различных вопросов, поднятых во время подготовки в более-менее интеллектуальной форме.

Важная часть начальной работы фокусируется на философских и религиозных вопросах. Хотя психоделические терапевты иногда так делали, я бы не рекомендовал использовать конкретную религиозную систему как часть оформления сеанса, будь это Христианство, Иудаизм, Индуизм или Тибетский Буддизм. Это может часто противоречить символическому контексту, проявляющемуся из коллективного бессознательного субъекта и являющемуся наиболее подходящей формой духовных переживаний данного субъекта. К тому же, явное привнесение элементов определенной религии или принятие в члены какой-либо церкви может ощущаться неуместным и вызывать раздражение не только у атеистов и скептиков или приверженцев других вер, но также и у тех, кто был воспитан в традициях предлагаемой религии и развил серьезные конфликты по отношению к ней. Однако, похоже, полезно привлечь внимание клиента к эстетическим аспектам мира, заинтересовать его или её базовыми философскими вопросами жизни и неспецифическим образом развить осознание духовных измерений существования.

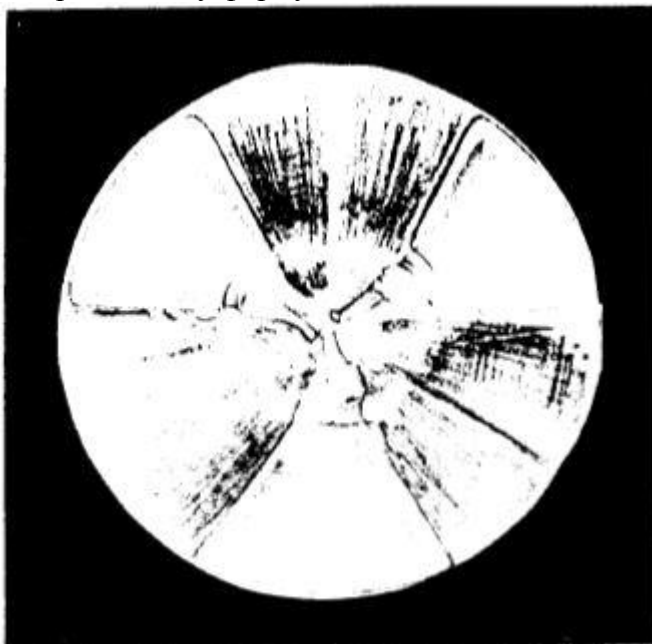
Часто требуется прояснить понимание субъектом термина «религия», роль духовности в человеческой жизни, отношения между религией и наукой и конфликты между различными религиями. Для тех клиентов, у которых априори есть негативные чувства по отношению к религиозным аспектам психоделической терапии, полезно подчеркнуть, что духовные переживания в ЛСД сеансах обычно не принимают форму, обрисованную ортодоксальными религиями. Гораздо чаще они ближе к тому, что Альберт Эйнштейн назвал космической религией. Эта форма духовности не подразумевает персонифицированного божества, пантеона святых посредников, регулярного посещения церкви и формального богослужения. Акцент делается на неспособности рационального подхода постигнуть многие тайны природы и на благоговении и восхищении, испытываемыми при встрече с творящими силами Вселенной.

В этом контексте духовные чувства связаны с такими вопросами, как загадка времени и пространства; происхождение материи, жизни и сознания; смысл человеческой жизни; конечная цель процесса творения феноменального мира. Духовные переживания этого рода могут происходить у индивидов с высоким интеллектом и строго научным образованием, и на самом деле, они полностью совместимы с наблюдениями, накопленными различными отраслями современных исследований. Важной иллюстрацией этого момента для тех, кто верен научному мировоззрению, будет недавнее сближение квантово-релятивистской физики с различными мистическими традициями.

В некоторых случаях перинатальные и трансперсональные переживания на психоделических сеансах могут происходить в специфичных символических формах, типичных для определенных культур и исторических периодов. Без специального образования и искушенности в археологии или мифологии, познаний в данной культурной традиции или даже адекватного общего кругозора индивид может проживать мифологические и символические последовательности из древнего Египта или Греции, Африки, Индии, Тибета, Китая, Японии, Австралии или доколумбовых стран. Однако обычно нет ощущения, что образы определенных персонифицированных божеств из этих культур являются верховной и основной силой во Вселенной. Как и бесконечное разнообразие существ и объектов, наполняющих феноменальный мир, такие божества кажутся проявлениями творящего принципа, который превосходит их и находится за пределами форм. Если психоделический опыт происходит в контексте одной из традиционных религиозных систем, он обычно соответствует учениям мистических ответвлений этой религии, а не её главенствующей ортодоксальной форме. Так, переживания ближе к христианскому мистицизму, чем к традиционному Христианству, к Каббале или Хасидизму, чем к ветхозаветному Иудаизму, или к Суфизму, чем к Мусульманству.

Психоделическое переживание часто содержит элементы совершенно чуждые собственной религиозной традиции индивида. Так, буддист может испытывать отождествление с распятым Христом и выходить из сеанса с новым пониманием

Христианства; у христианина могут быть последовательности переживаний, в которых он или она открывает и признает Суфизм; мусульманин может получить инсайт о законе кармы и циклах реинкарнации; и раввин может испытать конверсию в Дзен Буддизм. В какой форме субъект ни переживает и концептуализирует трансцендентальные реальности, он или она обычно признает эту форму подходящей и полностью совместимой с его или её личностью.



Путем иллюзорной трансформации вращающийся пластиковый диск диктофона превращается в древнеегипетское украшение, на котором изображены головы троих верховных жрецов.

Очень важный элемент подготовки это развитие доверительных отношений между руководителем и клиентом. Способность субъекта отказаться от психологических защит и отдаться переживанию, имеющая решающее значение для успешного сеанса, прямо пропорциональна уровню доверия к ситтерам. Таким образом, доверие это наиболее важное необходимое условие безопасной и эффективной психоделической терапии. В самом общем смысле, оно очень важно для протекания любого ЛСД сеанса; однако есть определенные специфические ситуации, в которых элемент базового доверия играет особенно важную роль. Любая работа над корнями недоверия пациента к другим людям и к миру вообще критически зависит от качества отношений между клиентом и руководителями. Также способность пройти переживание смерти эго во всей её сложности и глубине обычно требует хорошей внешней опоры на надежную терапевтическую ситуацию. В связи с важностью отношений между руководителями и клиентом, подготовка к сеансу не должна быть лишь односторонним потоком информации, но должна давать возможность и субъекту узнать будущих ситтеров. В идеале, вместо того, чтобы являться конвенциональным обменом клише, подготовительный период и терапевтический процесс должны быть искренним человеческим взаимодействием.

Когда терапевт чувствует, что подготовка выполнила описанные выше задачи, и клиент психологически готов к первому лекарственному опыту, назначается последняя встреча перед сеансом. Она посвящается исключительно различным техническим аспектам процедуры и обычно имеет место накануне лекарственного сеанса. Обсуждение касается природы психоделического переживания, спектра необычных состояний сознания, которые могут быть вызваны ЛСД, и наилучшие способы поведения во время переживаний. Здесь, если этого не произошло раньше, терапевт должен попросить клиента озвучить все страхи и сомнения, которые у него или у неё могут быть насчет препарата и процедуры. Это последняя возможность ответить на общие или частные вопросы и прояснить все неверные представления и полуправды, которые субъект мог почерпнуть из нашумевших слухов и даже из профессиональной литературы. Среди них особо важны понимание ЛСД состояния как «моделированной шизофрении» и ЛСД, как вещества, которое может вызвать или проявить

психоз; вопрос продления эффектов и «флэшбэков»; опасность органических повреждений мозга; и возможное разрушительное влияние ЛСД на структуру хромосом и наследственность.

Концепция «моделированного психоза» обсуждалась выше; она устарела и уступила место новому пониманию ЛСД катализатором или усилителем психических процессов. Появление кратковременных психотических состояний после некоторых сеансов представляет один из рисков ЛСД терапии даже при надлежащих условиях. Однако в контролируемой работе с ЛСД они происходят очень редко и только у людей с глубочайшими эмоциональными проблемами и пограничной симптоматологией. Они не вызываются препаратом, а являются экстериоризацией важного, глубинного бессознательного материала. Активация и проявление в сознании больших количеств такого материала может представлять клиническую проблему; однако при правильном подходе и правильной работе это также является возможностью для терапевтических изменений. Ниже мы детально обсудим механизмы продления эффектов, «флэшбэков» и психотических декомпенсаций, связанных с приемом ЛСД, а также определенные принципы проведения сеансов, которые могут минимизировать риск возникновения этих феноменов.

Единственная серьезная и бесспорная соматическая опасность психоделических сеансов это нагрузка на сердечнососудистую систему, вызванная интенсивностью эмоций и физическим напряжением, которое часто провоцируется препаратом. Тщательный отбор кандидатов и отсеивание людей со случаями инфаркта миокарда, декомпенсированной сердечной недостаточностью, злокачественной гипертонией, сильным атеросклерозом, склонностью к мозговым кровоизлияниям и похожими ситуациями устраняет этот риск. Предрасположенность к припадкам может быть противопоказанием для психоделического сеанса, если наготове нет хорошо оборудованной аптечки. У индивидов с эпилепсией ЛСД может иногда вызывать серии припадков или status epilepticus, который может быть очень сложно контролировать вне медицинской обстановки.

Нет никаких указаний на то, что фармацевтически чистый ЛСД в дозировках, использовавшихся в психотерапии (50-1500 микрограмм) вызывает органические поражения мозга. Упоминания этой вероятности, которые встречаются в профессиональной литературе, были основаны на двух наблюдениях. Первое из них это часто возникающие треморы, вздрагивания и сложные скручивающие движения у субъектов во время ЛСД сеанса. Эти моторные проявления могут наблюдаться даже у индивидов без эпилептической предрасположенности, и они имеют определенное сходство с симптомами, наблюдаемыми при некоторых органических заболеваниях центральной нервной системы. Согласно клиническим наблюдениям из ЛСД терапии, они представляют собой высвобождение и разрядку глубоких подавленных энергий, связанные с эмоциональной абреакцией, и в действительности обладают огромным терапевтическим потенциалом. Наиболее мощные моторные абреакции такого рода появляются в связи с процессом смерти-возрождения. Как правило, они уменьшаются или исчезают, когда индивид выходит за пределы перинатального уровня—вопреки тому, что к тому времени общее количество введенного вещества гораздо выше, чем в тот момент, когда эти проявления впервые возникли. Также огромная индивидуальная вариативность и отсутствие прямой зависимости между дозой и эффектом это серьезный аргумент против существования органической основы для моторных феноменов на ЛСД сеансах. Вообще, тестирование ЛСД субъектов на различных этапах психолитических серий не обнаружило никаких признаков повреждений мозга, даже в тех случаях, когда общее число сеансов приближалось к сотне. Использованными в этом контексте техниками была базовая неврологическая проверка, электроэнцефалограмма и психологические тесты, которые обычно используют в клинической практике для установления органических повреждений мозга.

Вторым наблюдением, которое некоторые авторы сочли указанием на повреждение мозга, были случаи определенных личностных изменений, наблюдаемые у некоторых из принимавших ЛСД. Среди них были потеря амбиций, уход из школы, отращивание длинных волос и бороды, ношение необычной одежды, пониженная озабоченность личной гигиеной,

отдаление от рациональной ориентации и озабоченность философскими и религиозными вопросами. Тщательный анализ «личности хиппи» ясно показывает, что всё это нельзя связывать лишь с использованием психоделических веществ. Это сложное явление, которое включает в себя важные социополитические факторы и элементы юношеского протеста, отражающего растущий разрыв между поколениями. Нашими пациентами было ясно показано, что глубокие изменения личности, включая философскую и духовную трансформацию, могут происходить и без внешних изменений, характеризующих хиппи. Приравнивание личностных изменений использовавших ЛСД американцев с ухудшениями, наблюдаемыми у пациентов с органическими заболеваниями мозга вроде префронтальной опухоли, показывает грубое непонимание вовлеченных проблем. К тому же, плохое качество многих уличных образцов ЛСД и сопровождение психоделического эффекта приемом амфетаминов, барбитуратов, фенциклидина, СТП и других веществ вызывает серьезные сомнения в том, можно ли делать какие-то выводы об ЛСД из наблюдений, сделанных в связи с немедицинским использованием так называемой «уличной кислоты».

К сожалению, негативные слухи об ЛСД и других психоделиках повлияли не только на взгляды общественности, педагогов и законодателей, но также и на мнение многих профессионалов. Национальная истерия шестидесятых и сенсационные газетные заголовки влияли на психиатров и психологов больше, чем результаты клинических исследований, обнаруживающих относительную безопасность ответственного применения ЛСД. В результате этого многие утверждения профессионалов насчет вещества отражали весьма иррациональную эмоциональную предвзятость, а не надежные научные данные. Это лучше всего иллюстрируется тем, что среди психиатров, выдвигавших ярые возражения против использования ЛСД в качестве терапевтического средства, будучи убежденными, что он может вызывать какие-то незаметные поражения мозга, которые современные методы ещё не могут определить, были индивиды, не гнушавшиеся назначать пациентам префронтальную лоботомию. [1]

Последняя область, которую нужно упомянуть в этой связи, это действие ЛСД на хромосомы, развитие плода и наследственность. Волнение смогло настолько глубоко запрограммировать общественность, что этот вопрос почти обязательно всплывает во время подготовительных бесед. Это проблема критической значимости для психоделической психотерапии и её будущего, и одно из приложений этой книги представляет собой критический обзор более чем сотни научных работ на эту тему. Я лишь изложу в общих чертах мое личное мнение на этот счет, основанное на двадцати годах клинического опыта и глубоком изучении существующей литературы. Похоже, вообще нет никаких указаний на то, что прием фармацевтически чистого ЛСД оказывает какое-то вредоносное действие на хромосомы или наследственность. Однако его нельзя назначать беременной женщине по причине повышенной вероятности выкидыша и возможного действия на развитие плода.

Так, ЛСД выглядит биологически очень безопасным веществом, если мы отсеем людей с серьезными сердечнососудистыми проблемами и беременных женщин и будем осторожно действовать при предрасположенности к эпилептическим приступам. Все остальные опасности имеют психологическую природу. По большому счету, они не присущи самому препарату, а определяются комплексом экстрафармакологических факторов, таких, как личность субъекта, установка и обстановка и определенные техники, используемые в процессе. Наиболее важные аспекты этой проблемы детально обсуждаются в других частях этой книги.

Когда с клиентом оговорены все страхи, сомнения и подозрения, терапевт должен сообщить свое понимание действия вещества и терапевтического потенциала данного опыта. Важно подчеркнуть, что ЛСД это катализатор или усилитель ментальных процессов, инструмент, способствующий глубокому исследованию себя. Его прием не отправляет человека в чуждый мир «токсического психоза» или «химической фантазмагии», а осуществляет захватывающее путешествие в потаенные уголки собственного

бессознательного разума, а затем в области, которые лучше всего назвать сверхсознательными.

В первые годы исследований ЛСД, которые прошли под влиянием гипотезы «моделированной шизофрении», психоделические сеансы обычно называли «экспериментальным психозом» даже тогда, когда они проводились в терапевтических целях. Важно исключить терминологию и метафоры такого типа, так как они не только научно некорректны, но и создают опасность сильного негативного программирования сеанса. В этом контексте эпизоды беспокойства, агрессии, недоверия и других трудных эмоций будут интерпретироваться субъектом, как признаки «психотомиметического» эффекта препарата, он не увидит в них уникальной возможности для встречи и проработки определенных проблематичных областей собственного разума. К тому же, ссылка на шизофрению или психоз вызывает дополнительную боязнь безвозвратной и постоянной потери рассудка. Более подходящие и полезные метафоры используют образы «интрапсихического кино», «ярких фантазий» или «сновидений наяву». Особенно полезно напомнить будущим кандидатам для психоделической терапии, что во сне мы все испытываем эпизоды необычных состояний сознания, во время которых мы можем ясно видеть, слышать, ощущать на вкус и запах и осязать несуществующие в феноменальном мире вещи. Эта отсылка к снам является полезным подчеркиванием факта, что все феномены, которые отклоняются от обычного восприятия реальности и обычной логики вещей, необязательно вызывают безумие.

Другой важной частью подготовки является краткое информирование клиента о спектре переживаний, которые могут иметь место во время сеанса: изменения восприятия в различных сенсорных модальностях, повторное переживание эмоционально значимых переживаний из детства, ощущений в связи с болезнями и операциями, элементы процесса смерти-возрождения и различные трансперсональные феномены. Так как многое из этого лежит за пределами конвенциональных рамок, полезно подтолкнуть клиента к тому, чтобы отбросить интеллектуальный анализ на время сеанса и сосредоточиться на самом переживании. В противном случае разум может стать мощным препятствием в исследовании новых областей опыта. Интенсивность психоделических состояний также заслуживает упоминания; важно подготовить клиента к тому, что глубина переживаний может превосходить всё, что он испытывал раньше или даже мог представить себе в обычном состоянии сознания. Хотя никакие слова не могут адекватно передать интенсивность высокодозовых ЛСД переживаний, такое предупреждение может уберечь кандидата от шока и паники во время сеансов.

Важно заранее обсудить несколько ситуаций, которые наиболее часто создают трудности на ЛСД сеансах. Первая из них это *переживание умирания*, которое может быть настолько мощным, реалистичным и убедительным, что субъект может легко принять его за реальную физиологическую угрозу. Это особенно верно для столкновения со смертью, происходящего на перинатальном уровне; оно может сопровождаться многими сильными биологическими признаками, которые могут встревожить не только субъекта, но также и опытного ситтера. Разительные изменения цвета, припадочная моторная активность, фонтанная рвота, обильное потение и учащенный нитевидный пульс, сопровождающие переживание умирания, могут быть очень убедительными индикаторами физического кризиса, и вполне возможно не распознать их символическую природу. Существует и другой тип столкновения со смертью, который происходит на трансперсональном уровне. У него обычно нет таких серьезных биологических проявлений, и он не принимает форму мощного приступа, угрожающего жизни. Основным фокус трансперсональной формы столкновения со смертью это соотношение между привязанностью к миру и желанием его покинуть. Это гораздо более тонкий процесс, и он, как правило, имеет качество относительно свободного принятия решения. В основном, именно перинатальная встреча со смертью представляет проблему на сеансе, и её следует заранее обсудить с субъектом. Важно сообщить, что перинатальное переживание смерти происходит в контексте процесса смерти-возрождения и что полная сдача ему всегда приводит к чувству освобождения, а противостояние лишь продлевает мучения.

Вторая частая проблема на ЛСД сеансах это чувство, что переживание никогда не закончится и что неизбежно вечное безумие. Особый пример этого состояния—описанное ранее переживание безвыходности. Крайне важно, чтобы субъект знал, что самый лучший способ выйти из этого состояния это принять содержание переживания. Никакие суждения об исходе сеанса, сделанные до его завершения, нельзя считать верной оценкой или предсказанием; с ними нужно работать, как с частью переживания. Так, парадоксально, но принятие того факта, что придется навсегда остаться в адском переживании, приводит к его завершению, и полная сдача вечному безумию становится шагом к повышению психического здоровья. Как и в случае переживания смерти, которое часто сопровождается страхом психоза, сопротивление предчувствию обреченности и безумия продлевает неприятное состояние и удерживает субъекта под его влиянием.

Третий частый источник паники это *страх стать гомосексуальным*. Он обычно вызывается чувством очень реалистичного отождествления с представителями противоположного пола. Субъект-мужчина может испытывать не только реалистичный женский образ тела, но также и подлинное ощущение беременности, рождения ребенка или вагинального и клиторального оргазма. Менее частое эквивалентное переживание у женщин обычно включает не чувство мужского тела, а мужских психологических характеристик. Необходимо заверить субъекта, что это очень уникальная возможность получить доступ к миру ощущений противоположного пола. Это значительно усилит чувство собственной сексуальной идентичности, а не вызовет превращение в гомосексуала. Другим источником гомосексуальных страхов может стать внезапное чувство физического влечения к ситтеру того же пола. Это обычно можно объяснить переносом ранних сексуальных чувств по отношению к родителю своего пола. Глубочайший источник гомосексуальной паники у субъектов-мужчин, похоже, является проявлением ужасающих воспоминаний о рождении; в этом контексте влагалище кажется убийственным органом, и индивид даже не может помыслить, что когда-то она станет источником удовольствия.

Здесь надо упомянуть различные физические ощущения, происходящие на ЛСД сеансах. Иногда они достигают такой интенсивности, что становятся настоящими проблемами. Важно объяснить клиенту, что ЛСД в обычно используемых в психотерапии дозах не создает никаких соматических симптомов лишь за счет своего фармакологического эффекта. Тошнота, рвота, головные боли, различные мышечные боли, удушье, болезненные спазмы в матке или желудочно-кишечном тракте, усиленная моторная активность и другие физические проявления на ЛСД сеансах всегда имеют психосоматическую природу. Они связаны с очень важным психологическим материалом, и их полное проживание имеет огромное терапевтическое значение.

Любая подготовка к психоделическому сеансу должна включать в себя и обсуждение возможности того, что клиент в определенный момент может испытать глубокий *кризис базового доверия*, независимо от того, насколько хорошими казались терапевтические отношения до лекарственного опыта. Ключевые характеристики этого важного кризиса были описаны раньше. Необходимо подготовить клиента к такой вероятности и убедительно порекомендовать ему или ей попытаться поискать в себе возможные источники этого недоверия вместо того, чтобы фокусировать внимание на внешних обстоятельствах. Очевидно, разумнее допустить, что под воздействием мощного психоделического препарата изменилось восприятие, чем подозревать, что за полчаса внешняя обстановка или личности ситтеров претерпели радикальные и неожиданные изменения. Сам факт того, что вероятность кризиса доверия была заранее оговорена, обычно помогает смягчить его при возникновении.

Базовое правило критической важности ЛСД психотерапии: сеанс должен оставаться интернализированным. Поскольку прихотелическое переживание является процессом глубокого самоисследования, путешествием по собственной психике, наиболее продуктивный подход это постоянная интроспективная направленность. Поэтому ЛСД субъектов просят большую часть сеанса оставаться в комфортном положении полулежа с закрытыми глазами; лучшее техническое решение здесь это использование мягкой повязки на глаза. Подверженность

множеству сложных стимулов из внешнего мира, особенно в сочетании с передвижениями, чрезмерными разговорами и социальным взаимодействием—всё это, в общем, контрпродуктивно. Как правило, это удерживает переживание на поверхностном уровне и мешает процессу самоисследования. Иногда на психоделическом сеансе может быть довольно полезным выразительный танец, если субъект держит глаза закрытыми и не теряет интроспективной связи с внутренним процессом.

Я не хотел бы отрицать, что могут быть полезными и психоделические переживания, при которых субъект сосредоточен на внешнем окружении. Препарат может открыть и обострить все сенсорные каналы до потрясающей степени и позволить субъекту воспринимать мир совершенно по-новому. Результирующее эстетическое, эмоциональное и духовное переживание обстановки может оказаться очень глубоким и ценным опытом, особенно если сеанс проходит в красивой природной обстановке. Экстернализованный психоделический опыт в горах, на берегу моря, в лесах или даже в собственном саду может стать уникальным и незабываемым событием. Однако если ЛСД принимается для этих целей, важно придерживаться низких дозировок, до 100 микрограмм. Более высокие дозы, как правило, активируют важный бессознательный материал, который может выходить на поверхность и искажать восприятие окружения. У человека, принимающего ЛСД в сложной физической и социальной обстановке, значимые психологические элементы и внешние сенсорные стимулы сливаются в запутанную амальгаму, которая перекрывает проявляющийся личностный материал. В этих обстоятельствах ЛСД состояние может стать непонятной смесью внешнего восприятия и переживаний внутреннего мира; в результате, подобные ситуации не очень способствуют продуктивной интроспекции. Так что сеансы с применением высоких доз в целях личностного роста, проработки эмоциональных проблем и для философского или мистического поиска должны быть интернализованными.

Ещё более важная причина, по которой фокус должен оставаться на внутреннем процессе, это элемент безопасности. Соотношение между потенциальными выгодами и возможными рисками гораздо более благоприятно для интернализованных сеансов, проводимых в простой и безопасной обстановке, чем для практикуемых многими людьми в субкультуре опытов с ориентацией вовне. Для положительного результата сеанса важно соблюдение баланса между понижением психологической защиты и эффективной проработкой проявляющегося бессознательного материала. Какие бы глубинные вещи ни высвобождались, связанная с ними энергия должна направляться к периферии. Максимальное осознание внутреннего процесса и его полное эмоциональное, перцептуальное и физическое выражение предельно важно для хорошей интеграции ЛСД переживания. Сеансы, в которых препарат активирует области эмоционально трудного материала, а индивид пытается избежать встречи с ними, может привести к продлению эффектов, неудовлетворительной интеграции, последующим остаточным эмоциональным и психосоматическим проблемам или неустойчивому психическому равновесию, которое приводит к последующим «флэшбэкам».

Ввиду описанных выше наблюдений, во время подготовительного периода особое место занимает объяснение клиенту того, как важно сохранять лежачее положение во время ЛСД сеанса, не снимать повязку и наушники и полностью встречать, проживать и выражать всё, что выходит на поверхность. Большая часть технических проблем на сеансах происходит, когда клиент вместо того, чтобы работать с переживанием как с внутренним процессом, проецирует проявляющийся бессознательный материал на ситтеров и ситуацию в целом. Такая реакция играет роль мощной защиты и представляет серьезное затруднение для терапевтического прогресса. Вместо столкновения с проблемой во внутреннем мире, где её можно идентифицировать и разрешить, клиент создает псевдореальную ситуацию, проецируя и фокусируя внимание на внешний мир. Предупреждение таких контрпродуктивных ситуаций является одной из важных задач ситтеров, оно начинается в подготовительный период с детального описания и объяснения базовых правил.

С пациентом нужно довольно детально обсудить ещё один важный аспект психоделической терапии. В медицине и конвенциональной психиатрии есть негласное правило,

что в успешной терапии степень улучшения должна быть прямо пропорциональна числу терапевтических встреч или продолжительности лечения. В психоделической процедуре, как и в других формах глубинной терапии, которая занимается решением проблем вместо подавления симптомов, это необязательно так. Здесь может быть и так, что симптомы временно усиливаются после некоторых сеансов; это часто происходит как раз перед значительным терапевтическим прорывом. Во время инструктажа нужно четко указать, что если после определенных сеансов клиент почувствует себя хуже, это не означает, что ЛСД терапия не получается. Это просто отражает тот факт, что в предыдущем сеансе был активирован и остался неразрешенным важный бессознательный материал. Понимание временного ухудшения как незавершенного гештальта помогает пациентам перетерпеть трудные интервалы между сеансами, конструктивно к ним подходить и сохранять оптимизм в отношении конечного результата лечения.

Перед тем, как я начну описание самой техники проведения ЛСД сеансов, хотелось бы кратко упомянуть несколько наблюдений из моего изучения психолитической терапии в Европе. Они могут послужить эмпирическим и теоретическим обоснованием некоторых описанных ниже принципов. Во время психолитической терапии клиническое состояние пациентов в интервалах между ЛСД сеансами претерпевало значительные изменения в обоих направлениях. После некоторых сеансов клинические симптомы облегчались или даже исчезали, и пациенты чувствовали себя «исцеленными», свободными от конфликтов и проблем и готовыми начать совершенно новую главу своей жизни. После других сеансов клиническое состояние очевидно ухудшалось по сравнению с периодом до сеанса. Иногда начальные симптомы усиливались, а иногда после плохо разрешенного сеанса проявлялись совершенно новые и неожиданные формы психопатологии. Порой мы были свидетелями продления эффектов или даже временных психотических декомпенсаций у некоторых пограничных пациентов. В нескольких случаях достигалось поразительное клиническое улучшение у пациентов с очень мрачным прогнозом, но продолжение ЛСД терапии с намерением укрепить результаты обнаруживало новые области проблем.

Хотя с ростом числа сеансов есть общая тенденция к всё более позитивным ЛСД переживаниям и лучшему функционированию в жизни, кажется невозможным ликвидировать все области конфликтов и проблем. Однако природа этих проблем последовательно смещается от психодинамических, автобиографически определяемых вопросов через производные процесса смерти-возрождения к различным трансперсональным элементам. В наиболее общем смысле, с некоторыми оговорками, можно говорить о фрейдовской, ранкианской и юнгианской фазах психоделической терапии. Важно подчеркнуть, что последовательность этих стадий не обязательно линейна и что существует много индивидуальных сценариев их раскрытия. Однако если посмотреть на огромное число записей из серийных ЛСД сеансов статистически, то биографический материал, как правило, встречается на ранних сеансах, в средней же части терапии доминирует процесс смерти-возрождения, а все продвинутые сеансы обычно метафизические и философские по своей природе. На всех этих стадиях, похоже, есть возможность негативного результата определенного сеанса с неблагоприятным эффектом на клиническом состоянии.

Ретроспективный анализ записей психолитической терапии показывает, что за сеансами, на которых достигалось важное частичное разрешение, следовали хорошие, свободные интервалы. Завершающие периоды таких сеансов характеризовались свободными от напряжения, приятными или даже экстатическими переживаниями пребывания в «здесь-и-сейчас». В этом состоянии не было никаких неприятных физических или эмоциональных симптомов и никакой озабоченности прошлым или будущим; только чувство чистого бытия с усиленным сенсорным восприятием настоящего момента. Достижение такого состояния должно быть идеальной целью каждого психоделического опыта. Так как положительный результат ЛСД сеанса, похоже, коррелирует с хорошим разрешением активированного бессознательного материала и с приятным завершающим периодом сеанса, ситтеры должны

активно стараться способствовать успешному завершению переживаний во время прекращения фармакологического действия вещества.

Наблюдения из психолитической терапии дают важные подсказки о том, как это можно сделать наиболее эффективно. Спонтанные переживания свободного от напряжения, океанического экстаза на психоделических сеансах обычно связаны с видениями красивых природных сцен вроде чистых озер, спокойных океанов, тропических островов, сочных лесов, цветущих лугов или неба, заполненного звездами или голубого. Так же часто в этом контексте происходит эмпирическая встреча с произведениями искусства высокой эстетической ценности—видения прекрасных храмов, скульптур или картин и спонтанные галлюцинации вдохновляющей музыки. Такое переживание весьма часто имеет четкий духовный и мистический оттенок и обычно принимает форму очарованности тайнами природы и творящих сил Вселенной, хотя так же часто встречается конкретный архетипический символизм, относящийся к отдельным религиям и мифологиям разных культур. Некоторые пациенты также сообщают об очень достоверных переживаниях хорошей матки и хорошей груди, а также об эпизодах идеальной материнской заботы, любви, дружбы.

Многие из данных элементов, встречающиеся спонтанно в контексте экстатических эпизодов ЛСД сеансов, постоянно использовались психоделическими и анаклитическими терапевтами в качестве способов вызвать позитивные переживания. В качестве ярких примеров можно привести прогулки на природе и использование различных объектов, отражающих богатство природы, красивые произведения искусства, символические изображения священных традиций, связанные с различными духовными направлениями скульптуры, отрывки из религиозных текстов и применение физического контакта. Хотя позитивное влияние этих факторов было обнаружено эмпирически, их использование можно оправдать и теоретически, а их необычную эффективность можно объяснить на базе глубокой бессознательной связи между океаническим экстазом и переживанием природной красоты, вдохновленными произведениями искусства, духовными чувствами и высоко удовлетворительными человеческими взаимоотношениями. Некоторые из этих элементов и принципов надо интегрировать в программу ЛСД терапии; они способствуют позитивным переживаниям во время психоделических сеансов так же, как и на завершающих периодах. Это делает психоделическое лечение более полным и эффективным и повышает его терапевтический потенциал.

ПСИХОДЕЛИЧЕСКИЙ СЕАНС

Далее я выделю наиболее важные характеристики идеальной обстановки лечения, какой я её представляю на основе прошлого клинического опыта с психоделической терапией. Очевидно, что на практике эти абсолютные требования редко будут выполняться, и ЛСД терапевты должны быть готовы пойти на разные компромиссы. В идеале, ЛСД сеанс должен проводиться в специально спроектированном лечебном блоке или апартаментах. Они должны находиться на первом этаже и быть отделенными от остальной части учреждения, имея отдельный вход. Небольшая кухня и легкодоступная уборная позволит терапевтам оставаться с пациентом весь день без слишком больших перерывов и выбирать оптимальные моменты для выхода в туалет или еды. Важно, чтобы пациент имел быстрый доступ к туалету без необходимости взаимодействовать с внешним миром и участвовать в сложной социальной ситуации. Порой во время абреактивных эпизодов на сеансах необходимо поощрять громкие звуки вроде визга, рычания или стука, что может очень расстраивать других пациентов и посетителей. Для таких ситуаций должны быть адекватные условия, чтобы терапевты и пациенты не чувствовали себя сдерживаемыми или ограниченными внешними моментами и могли полностью следовать динамике процесса. Если блок находится не в маленьком отдельном здании, а является частью большого комплекса, может потребоваться хорошая звукоизоляция.

В лечебной комнате должна быть домашняя атмосфера, она должна быть комфортно обставленной и со вкусом украшенной. Мягкая обивка и подушки предпочтительнее острых краев и твердых металлических поверхностей. Это дает пациенту не только ощущение

комфорта и защищенности, но может значительно повысить безопасность во время более оживленных эпизодов сеанса, включающих физические движения и психодраматически разыгрываемую борьбу. Цветы, свежесобранные или в горшках, блюдо с разными свежими и сухими фруктами и орешками, коллекция вдохновляющих картин и художественных книг и различные очень красивые предметы природы вроде раковин и камней—всё это на протяжении многих лет было стандартной и неотъемлемой частью нашей лечебной обстановки. Музыка это существенная часть психоделической терапии, и всегда должны быть доступны высококачественный стерео проигрыватель и магнитофон, разные виды наушников и обширная коллекция высококачественных кассет и записей.

Если это возможно, лечебное учреждение должно находиться в красивой природной обстановке. Хотя это не особо значимо в первые четыре-пять часов, которые пациент проводит в наушниках и глазной повязке, это становится важным во время завершающего периода сеанса. Психоделический опыт, как правило, вводит субъекта в близкий контакт с природой и значительно усиливает его или её сенсорное восприятие мира, и встреча с природой в лучшем случае может стать очень ценным эстетическим и духовным переживанием. Оно не только значительно способствует хорошей интеграции сеанса, но и соединяет позитивные энергии и эмоции с элементами повседневного мира. Особого упоминания заслуживает вода; во время сеанса она приобретает почти магическое значение для многих ЛСД субъектов и имеет чрезвычайную способность способствовать позитивному результату сеанса. Плавание в океане, чистом озере или реке может творить чудеса на завершающем периоде ЛСД сеанса. В более скромных условиях похожую роль может сыграть использование бассейна или ванны или хорошего душа.

Предпочтительно начинать ЛСД сеансы утром; если препарат принимается после обеда, переживание может продолжаться до позднего вечера, и субъекту может быть сложно уснуть ночью. Оптимальная дозировка ЛСД—примерно между 200 и 400 микрограммами для большинства пациентов. В первую очередь, она определяется природой вовлеченных психологических проблем, структурой личности субъекта и определенными физическими моментами наподобие возраста и состояния здоровья. Вес тела, похоже, играет относительно незначительную роль; видимо, чувствительность или сопротивляемость веществу это, в первую очередь, функция системы психологических защит. Мы упомянули раньше, что сопротивляемость пациентов с серьезными обсессивно-компульсивными неврозами, похоже, чрезвычайна, а люди с истерической структурой личности или симптоматологией находятся на другом конце спектра. Похоже, для ЛСД есть точка насыщения где-то около 400 или 500 микрограмм; дальнейшее повышение дозы не дает особого дополнительного эффекта. Обычно более полезно определить конкретные механизмы сопротивления и попытаться повлиять на них психологически, чем использовать колоссальные дозы в попытках «пробить защиту».

ЛСД у большинства индивидов полностью эффективен орально, и введение инъекции особой практической ценности не имеет. Незначительное сокращение латентного периода в таком случае не стоит неудобств инъекционной техники и введения в обстановку мощного элемента традиционной медицинской модели. Внутримышечное введение иногда полезно для пациентов, чьи клинические проблемы включают предрасположенность к тошноте и рвоте. В случае рвоты вначале сеанса нет уверенности в том, какое количество ЛСД было усвоено. По похожим причинам ЛСД вводится инъективно некоторым раковым пациентам, когда нет уверенности насчет степени усвоения из-за того, что пищеварительная система поражена заболеванием.

Вообще, голодание в течение дня или двух до ЛСД сеанса, похоже, имеет несколько преимуществ. Как правило, это усиливает эффект ЛСД, делает субъекта более открытым необычным состояниям сознания и уменьшает вероятность неприятных симптомов во время сеанса, в частности, тошноты и рвоты. Почти всегда нужно принимать компромиссное решение, если субъект не голодал; мы обычно рекомендуем легкий ужин накануне сеанса и только жидкости (молоко, фруктовый сок или чай) на завтрак. Похоже, это сокращает время усвоения препарата и понижает вероятность тошноты.

Субъект должен одеть легкую, простую и удобную одежду; все ограничивающие элементы одежды или потенциально опасные личные вещи нужно убрать. Если это не следано до сеанса, пациент может попросить об этом позже, во время опыта, либо это может стать необходимым ввиду определенных особых ситуаций. Так что легче заранее исключить бюстгалтеры, ремни, узкие брюки, часы, ювелирные украшения, зубные протезы, очки, контактные линзы, ключи, карманные ножи и подобные объекты.

ЛСД надо принимать не после длительного ожидания, а после быстрого сосредоточения на «здесь-и-сейчас». Многие пациенты показывают повышенный уровень возбуждения, опасений или беспокойства и в результате несколько часов перед сеансом не могут спать. Это весьма распространено в случае первых психоделических опытов, но не исключено даже у опытных ЛСД субъектов. Полезно кратко обсудить физическое и эмоциональное состояние и дать немного времени для последних вопросов, которые могли появиться в результате бессонной ночи. Однако долгая задержка, как правило, повышает беспокойство, а не понижает его. Реально встретиться с лекарственным состоянием обычно легче, чем разбираться со всеми фантазиями о том, на что может быть похоже переживание.

После приема ЛСД есть латентный период порядка двадцати-сорока минут перед началом действия препарата. Его длительность зависит от способа приема, количества еды в желудке при оральном употреблении и от уровня психологических защит. Время перед началом действия препарата можно провести в медитации, прослушивании тихой музыки, просмотре картин или в спокойной беседе. Иногда интересно пролистать семейный альбом или посмотреть на фотографии близких членов семьи, если человек хочет использовать опыт для более глубокого осознания и проработки отношений с близкими родственниками.

Когда пациент начинает чувствовать действие препарата, его или её просят лечь на диван и надеть на глаза повязку. Это помогает индивиду сосредоточиться на внутреннем мире, который начинает раскрываться, и устраняет отвлекающие моменты и помехи снаружи. С этого момента в течение следующих четырех или пяти часов обычно рекомендуется лежачее положение, и переживание остается почти полностью интернализированным. Субъект получает стереофонические наушники и прослушивает специально подобранную музыку; цель в том, чтобы отпустить себя и сдаться переживанию. Задача ситтеров—поддерживать и защищать субъектов, заботиться о всяческих психологических и физиологических потребностях, помогать полному раскрытию переживания и справляться с различными формами сопротивления, если они происходят во время сеанса.

Обычно чрезмерные разговоры во время интенсивного действия вещества нужно пресекать; это особенно верно для навязчивого непрерывного говорения и интеллектуального анализа, что обычно является проявлением сопротивления и серьезно мешает опыту. Долгие объяснения и интерпретации со стороны терапевтов или вовлечение в диалог обычно также контрпродуктивны. Психоделические переживания на высокодозовых сеансах обычно имеют много уровней и граней; их быстрое раскрытие и изменение делает исчерпывающий отчет невозможным. К тому же, действием препарата часто ухудшает способность артикулировать и вербально общаться.

Вербальный обмен между терапевтом и клиентом, хотя он и очень полезен во время подготовки, в завершающий период сеанса и в последующие дни, во время кульминационных часов лекарственного сеанса нужно сохранять на абсолютном минимуме. Субъекта иногда просят быстро отчитаться в нескольких предложениях, чтобы дать подсказку ситтерам. Опытный ситтер обычно может в достаточной степени понять природу психоделического состояния субъекта на основе внешнего поведения и спонтанных фраз. Это особенно верно, если ситтер может опираться на собственные переживания подобного рода. Так, общая напряженность, агрессивное выражение лица, царапание или сжимание кулаков и редкие примитивные звуки вместе с высказываниями вроде «Вся эта невероятная мясорубка» или «Я побывал на всех войнах с начала времен» дают достаточную информацию для ситтера. Похожим образом, утверждение наподобие «Я больше не могу различать границы; всё будто соединяется в одно целое» от расслабленного, экстатичного субъекта не требует дальнейших

разъяснений. Чувственные движения тела с активным участием тазовой области и редкими высказываниями об ухаживаниях, сексе или оргиях обнаруживают другое содержание. Дальнейшие рассказы и описания отражают скорее потребности ситтеров, чем субъекта. Воспоминания о сеансе обычно весьма адекватны, и обсуждения с анализом можно отложить на потом. Единственное исключение это ситуация сильного сопротивления, когда ситтерам нужно получить точную информацию, чтобы помочь субъекту выйти из тупика.

Если клиент не дает обратной связи, терапевт должен кратко вмешиваться примерно каждые полчаса; цель такой «проверки» в установлении контакта, получении информации о процессе и в том, чтобы при необходимости дать поддержку. Одна из причин, по которой ситтеры должны знать природу переживаний субъекта, в том, что музыку для сеанса нужно выбирать в соответствии с психологическим состоянием клиента. Помимо этого, нужно давать преимущественно неспецифическую поддержку через невербальные каналы. Сюда можно отнести держание за руку, поддерживающие прикосновения, качание или различные формы психодраматического участия в переживании. Это порой может оказаться очень полезным, когда нужно придать сил пациенту в борьбе, усилить определенные физические ощущения нажатием или массажем или применить другие маневры подобного рода. Это чаще происходит при приближении к завершающему периоду. Вначале переживания физическое вмешательство требует высокой чувствительности и хорошего раппорта. Важно сохранять доверительные отношения, чувство сотрудничества и общую атмосферу игры. Однако «как бы» атмосфера синергетической игры может легко утратиться при интенсивных переживаниях, и терапевт рискует быть воспринятым, как нападающий, а не как помощник. Если только у ситтеров нет интуитивной уверенности в качестве взаимоотношений, эти маневры не следует применять на ранних стадиях сеанса. Другой важный аспект терапевтического вмешательства это чуткий ответ на потребности субъекта—подать одеяло, когда он или она выглядит замерзшим, вытереть пот со лба, слюну или слезы с лица, увлажнить губы, когда они высыхают, принести стакан воды.

Всё сказанное относится к психоделическим сеансам с неосложненным и относительно мягким течением. В таких сеансах пациенту удастся сохранять лежащее положение, он не снимает наушники и глазную повязку, сохраняет переживание интернализированным и способен адекватно справляться с проявляющимся бессознательным материалом. В наилучших сеансах такого рода ситтерам приходится мало работать; они слушают музыку, медитируют и пытаются эмпатически включиться в переживание клиента. Совсем другая ситуация получается, когда пациент не может вынести переживания и отказывается «оставаться в потоке».

Самые незначительные примеры это отвлекающие маневры вроде тенденции снять повязку на глазах и сесть, выпить чашку кофе или выкурить сигарету, поговорить о тривиальных вещах, походить по комнате или прогуляться. Более драматичные проявления сопротивления это проецирование проявляющегося материала на ситтеров и лечебную ситуацию. Клиент пытается посмотреть на ситтеров, вовлечь их в интеллектуальные споры, обсудить их жизненные ситуации или проблемы или критиковать правила и обстоятельства сеанса. Крайние осложнения включают полную потерю осознания символической природы переживаний и спутывание их с реальностью. Это обычно происходит в связи с переживанием умирания, страхом безумия или гомосексуальной паники. Пациент может испытывать острое недоверие и желать покинуть ситуацию в комнате, путая внутреннюю опасность с внешней ситуацией.

Когда клиент не может сохранять рекомендуемую позицию, начинает воспринимать и интерпретировать ситуацию с грубым искажением или показывает тенденцию к отыгрывающему поведению, ситтеры должны сменить пассивную позицию на активное вмешательство. Менее срочное показание для терапевтического вмешательства это ситуация, в которой пациент остается в наушниках и повязке, но склонен проецировать свои чувства на ситтеров вместо поиска их настоящего источника. Базовая стратегия и техники по работе с

различными трудными ситуациями на психоделических сеансах будут описаны позже в специальном разделе.

Атмосфера безопасности, конфиденциальности и полной ответственности абсолютно необходима для успешного психоделического сеанса. Ситтеры, во время сеанса отвечающие на телефонные звонки, разрешающие людям стучаться в дверь или покидающие лечебную комнату для выполнения каких-то посторонних действий, вряд ли могут надеяться, что сеансы будут мягкими, полностью продуктивными и успешными. Даже одно серьезное отвлечение или неожиданное исчезновение поддержки в критический момент сеанса может надолго стать препятствием для лечения. Пациент может потерять веру в безусловную и постоянную поддержку терапевта и никогда больше не решится оставить контроль и встретить различные трудные аспекты своего бессознательного.

В идеале, на всём протяжении действия препарата пациентом должны заниматься два ситтера, терапевтическая диада мужчина-женщина, которые никогда не будут покидать лечебную комнату. Ситтеры должны быть хорошо знакомы друг с другом, ладить и быть привыкшими работать вместе. Есть несколько причин для присутствия терапевтов обоих полов на сеансах. Есть определенные действия, которые гораздо более естественны для мужчин, чем для женщин, и наоборот. По большому счету, женщины, похоже, больше подходят для успокоения, баюканья и физической поддержки, если только природа переживания не требует именно мужской фигуры. Это верно для ситуаций, в которых субъект сталкивается с психологическим влиянием отсутствия отца в детстве или чувствует необходимость выразить чувства в отношении отцовской фигуры.

И наоборот, психодраматическое разыгрывание борьбы может потребовать физической силы, и здесь лучше подходит терапевт-мужчина, если содержание переживания не требует именно женщины. Также довольно часто различные проблемы, связанные с эдиповым треугольником из детства клиента, впервые проявляются как проективные искажения отношений в терапевтической диаде. Есть также определенные трансперсональные переживания, например, архетипические области и воспоминания прошлых воплощений, для которых присутствие обоих полов важно или может помочь. Так, представленность и мужского, и женского элемента полезно не только с точки зрения разделения задач, но так же и как особый катализатор определенных переживаний и для проецирования воспоминаний. Хотя чрезмерное проецирование, в основном, контрпродуктивно и должно пресекаться, проективные искажения могут стать чрезвычайно мощным источником инсайтов, если субъект конструктивно к ним подходит.

Так как музыка это такая важная и неотъемлемая часть ЛСД психотерапии, мы кратко обсудим её роль, базовые принципы выбора подходящих композиций и специфический способ их использования на сеансах. Похоже, музыка выполняет несколько важных функций в контексте психоделической терапии. Как правило, она пробуждает ряд мощных эмоций и способствует более глубокому погружению в психоделический процесс. Она создает смысловую структуру опыта и становится постоянной несущей волной, которая помогает пациенту преодолеть трудные моменты сеанса и пройти тупики. ЛСД субъекты часто сообщают, что поток музыки помогает им отказаться от психологических защит и полностью отдаться переживанию. Другая функция музыки это вызов чувства связанности и единства в череде различных необычных состояний сознания. Довольно часто клиенты испытывают трудности в периоды, когда музыка прекращается для замены пластинки или кассеты; они жалуются на чувство подвешенности в воздухе и неприятного провала в переживании. Дополнительная функция музыки относится к её конкретному содержанию; часто возможно при помощи особого подбора музыки способствовать проявлению эмоций определенного качества, таких, как агрессия, сексуальные ощущения, «психоделический прорыв» или трансцендентальные переживания. Значение музыки для позитивного структурирования завершающего периода уже описывалось.

Что касается выбора музыки, то я выделяю лишь общие принципы и дам несколько рекомендаций, основанных на моем личном опыте. [2] Каждая терапевтическая команда через

определенное время формирует собственный набор избранных композиций для различных фаз ЛСД сеансов и для определенных особых ситуаций. Базовое правило это чуткое соответствие фазе, интенсивности и содержанию переживаний, а не попытки навязывать им специфическую модель. Предпочтение следует отдавать музыке высокого эстетического качества, но содержание должно не быть очень конкретным. Нужно исключить проигрывание песен или других вокальных частей, в которых вербальное содержание предлагает определенную тему. При использовании вокальные композиции должны быть на неизвестном клиенту языке, чтобы человеческий голос стал неспецифическим стимулом. По той же причине лучше исключить части, с которыми у клиента есть конкретные интеллектуальные ассоциации. Так, начало Пятой Симфонии Бетховена в До минор часто ассоциируется с неизбежностью фатального события (Симфония Рока); использование свадебных маршей Вагнера Лоэнгина или «Сна в летнюю ночь» Мендельсона предлагает брачную атмосферу; «Кармен» Бизе будет вызывать по такому же механизму тему боя быков. У чешских субъектов «Прелюдия» Листа, как правило, вызывает воспоминания войны, потому что она использовалась нацистскими пропагандистами в качестве вступления в ежедневных новостях, транслируемых по уличным громкоговорителям.

Главное возражение против использования музыки на психоделических сеансах заключается в том, что даже если мы исключим грубое программирование, проиллюстрированное данными примерами, мы своим выбором музыки окажем сильный структурирующий эффект на переживания. Кажется, это резко контрастирует с тенденцией интернализировать сеансы и убрать специфические оптические стимулы при помощи повязки на глазах, и в этом возражении есть определенная доля правды. Идеальным решением кажется проигрывания записи «белого шума» — последовательности случайных звуков, производимой звуковым генератором. Слушая сильный белый шум через наушники, ЛСД субъекты обычно создают собственную внутреннюю музыку, которая, похоже, идеально соответствует природе и содержанию переживания, так как происходит из того же источника. Так, дается лишь неспецифическая акустическая стимуляция, которая затем иллюзорно трансформируется субъектом в музыку. Монотонные звуки, шумы от различных электрических устройств или записи океанического прибоя могут играть похожую роль.

Однако опасность программирования, связанная с конкретной музыкой, не так серьезна, как может показаться. Потенциал для манипулирования и контроля переживания довольно ограничен. Если субъект находится в очень трудной эмоциональной области, то любая музыка, какой бы она ни была вдохновенной и легкой, будет искажаться и звучать, как панихида. И наоборот, во время глубоких позитивных переживаний почти любая музыка будет с энтузиазмом приниматься субъектом, который найдет её подходящей и интересной с какой-то точки зрения. Только в среднем диапазоне где-то между этими двумя крайностями музыка может эффективно влиять на переживания. И даже тогда, хотя определенная общая атмосфера или эмоциональное настроение и будет приходить извне, субъект будет формировать их очень по-своему. Результирующие сценарии всё равно будут проявлениями собственного бессознательного индивида, отражать содержание его или её банков памяти и представлять собой многозначный самораскрывающийся гештальт. И кроме того, внешнее воздействие, кажется, не уменьшает терапевтическое значение психоделического переживания, которое оно запускает или изменяет.

Полезно до сеанса обсудить музыкальные вкусы субъекта и разобраться в его предпочтениях, идиосинкразиях и общем уровне музыкальной искушенности. Однако фактический выбор обычно отражает скорее понимание процесса ситтерами, чем выбор клиента. Исключением являются только последние часы сеанса, когда не требуется больше никакой терапевтической работы; это период релаксации, и субъекту дают возможность определять природу развлечения. Вообще, выбранная музыка отражает обычную траекторию переживаний психоделических сеансов. В латентный период, до начала действия препарата, похоже, подходит тихая, текучая и успокаивающая музыка. Она сменяется после начала переживания музыкой, имеющей раскрывающее и подготавливающее качество. Примерно в

течение полутора часов длится пик действия препарата; это время для сильной и очень эмоционально-побуждающей музыки. Если мы выбираем из западного репертуара, то подойдет хорошая классическая музыка наподобие известных симфоний, концертов или увертюр известных мастеров. Иоганнес Брамс, Роберт Шуман, Сергей Рахманинов, Эдвард Григ, Людвиг ван Бетховен, Гектор Берлиоз, Ричард Штраус, Ричард Вагнер, Антонин Дворжак и особенно Александр Николаевич Скрябин—примеры композиторов, чья музыка часто использовалась на этой фазе терапевтами в Спринг Грув. Как правило, на четвертом часу ЛСД сеанс кульминирует, и в большинстве случаев, видимо, приходит к разрешению. Это возможность для главного эмоционального или духовного прорыва, в зависимости от уровня, на котором происходит сеанс. Похоже, уместна в этой точке мощная, потрясающая музыка трансцендентального качества; оратории, реквиемы и мессы, сочетающие полный оркестр с множеством человеческих голосов, могут быть чрезвычайно воодушевляющими и эффективными. Священная музыка Вольфганга Амадея Моцарта, Иоганна Себастьяна Баха, Георга Фридриха Генделя, Гектора Берлиоза, Джузеппе Верди, Чарльза Гуно или Франсиса Пуленка—типичные примеры этой категории. Музыка американского композитора американо-шотландского происхождения, Алана Ованеса, может быть необычайно сильной и эффективной в этом контексте. Она чрезвычайно воодушевляющая и трансцендентальная, но недостаточно широко известна, чтобы создавать стандартные ассоциации. Для завершающего периода выбирают тихую, расслабляющую и плавную музыку вневременного качества, например, классическая гитара, композиции для арфы и определенные отрывки Иоганна Себастьяна Баха или Антонио Вивальди. Многие записи современных композиторов—Георга Дойтера, Стива Халперна, Пола Хорна и Пола Уинтера также полезны в этом контексте. Восточные подборки включали бы записи Рави Шанкара, музыки для Дзен медитации, японской музыки бамбуковой флейты или полинезийские песни.

Данные указания это очень общие наброски; на практике выбор музыки будет зависеть от ЛСД субъекта и от обстоятельств. Ситтеры должны очень чутко реагировать на конкретное содержание сеансов, включая русскую, ближневосточную, индийскую, африканскую, китайскую или другую музыку, если субъект сообщает о переживаниях соответствующих культурных контекстов. Можно подобрать также особые музыкальные отрывки для углубления переживаний агрессии, сексуальности, физической и эмоциональной боли или трансцендентальных чувств.

На протяжении многих лет меня особенно впечатляло глубокое воздействие этнической музыки, особенно тех музыкальных исполнений определенных религиозных традиций, которые были специально задуманы, как техники для изменения сознания. Некоторые из них настолько необычны для среднего западника, что их нужно использовать только с искушенными индивидами, знакомыми с этими традициями. Среди наиболее мощных записей этой категории—многоголосые пения тибетской традиции тантрического буддизма; индусские киртаны; танец обезьян, или кетьяк, и другая трансовая музыка из Бали; шаманская музыка из различных частей Азии, Северной Америки и Южной Америки; танцы конголезских пигмеев; трансовая музыка бушменов пустыни Калахари; и песни суфийских церемоний. Также на психоделических сеансах полезны греческие сиртаки, флейтовая музыка из Анд, записи африканских уд, песен баулов Бенгалии, американские литургические песнопения, испанская музыка гитары фламенко и другие интересные этнические произведения.

Если субъект может оставаться в переживании, задача терапевта—менять музыку в соответствии с процессом, давать поддержку, защиту и ободрение и заботиться о базовых потребностях пациента. Время исчезновения фармакологического эффекта препарата (обычно через шесть часов после приема) это наиболее критический период сеанса. В это время ситтеры должны действовать активно и попытаться способствовать хорошему разрешению и интеграции переживания. Эмоциональное и психосоматическое состояние субъектов во время завершения сеанса предельно важно для финального результата сеанса и долгосрочных эффектов. Даже если раньше в сеансе у ЛСД субъектов были глубокие трансцендентальные переживания, у них могут быть негативные последствия, если во время выхода они

«застревают» в каком-то неразрешенном психодинамическом материале. И наоборот, очень трудный сеанс с параноидными состояниями и адскими переживаниями может быть чрезвычайно полезным, если хорошо разрешен. Два способа, которыми ситтеры могут способствовать разрешению и повысить вероятность хорошего результата сеанса, это помощь субъекту в проработке неразрешенного материала, и привнесение в ситуацию определенных элементов, вызывающих позитивные эмоциональные состояния.

Во время снижения эффекта препарата важно начать вербальный обмен с субъектом, чтобы получить детальную обратную связь о его или её эмоциональном и психосоматическом состоянии. Если в этот момент он или она испытывает дискомфорт вроде депрессии, тревоги, подавленной агрессии, чувства вины, заикливости мышления, головной боли, тошноты, мышечных болей, кишечных колик или трудностей с дыханием, то пора предложить активное вмешательство. Вероятность такого происшествия нужно обсудить во время подготовительного периода. Первый шаг—это точно выяснить тип участвующего здесь переживания; является ли оно незавершенным повторным переживанием детского воспоминания, перинатальной последовательности, явления прошлого воплощения или каким-нибудь другим трансперсональным феноменом. Также важно попросить субъекта поискать в своем теле признаки физической боли, напряжения или других форм неудобства, обнаруживающих блокирование энергии. Вообще, не бывает таких эмоциональных страданий или мешающих или незавершенных гештальтов, которые никак особо не проявляются соматически. Эти сопутствующие психосоматические симптомы становятся точкой входа для вмешательства ситтеров.

Ситтеры просят клиента оставаться в лежачем положении с закрытыми или завязанными повязкой глазами. Ему говорят остановить интеллектуальный анализ («выключить голову») и начать интенсивную гипервентиляцию. Дыхание должно быть быстрее обычного и очень глубоким; клиент должен проследить за воздухом внутренним взором до таза. Эта гипервентиляция, как правило, активирует весь доступный эмоциональный материал. Ситтеры просят субъекта сосредоточить внимание на своем теле и полностью отдаться начинающемуся переживанию: позволить себе любые позы, движения, гримасы, звуки, дрожь, крик, кашель или рвотные движения. В определенный момент вмешиваются ситтеры и, согласовав свои роли, начинают искусственно усиливать физические ощущения, описанные ранее субъектом. Например, если есть давление на голову или головная боль, один из ситтеров создает больше давления такого рода, прикладывая руки к голове субъекта. Если последний жаловался на сжатие в груди или трудности с дыханием, нужно давить на грудную клетку или ключицы. Тошноту можно активировать ритмичной стимуляцией верха живота, сочетаемой с массажем желудка; мышечные боли усиливаются глубокими нажатиями, приближающимися к рольфингу, а напряжение в тазовой области интенсифицируется удерживанием поясницы в приподнятом состоянии. Всё это следует делать синхронно с ритмом дыхания и в тон общей теме опыта. Ситтеры должны использовать воображение и интуицию для наиболее реалистичного разыгрывания содержания незавершенного гештальта. Хотя эта техника развивалась в контексте работы с ЛСД, я очень успешно применял её на эмпирических семинарах, когда препарат не принимался.

Базовая концепция, лежащая в основе этого подхода, состоит в том, что осознаваемый эмоциональный и физический дискомфорт субъекта это смягченная версия реального содержания бессознательной матрицы, которая пытается проявиться. Разрешение той матрицы происходит, когда бессознательное содержание проживается сознательно в своей исходной форме и полной интенсивности. Усиливая существующие ощущения, мы способствуем сближению сознательного переживания и проявляющегося бессознательного гештальта до того момента, когда они становятся идентичными и сливаются. Так разряжается энергия бессознательной темы и прекращает выходить в виде динамической структуры, порождающей симптом; за этим следует внезапное облегчение и чувство завершенности. Хотя не всегда можно достичь оптимального разрешения и свободного от напряжения «океанического» состояния, ситтеры должны стремиться к этому.

Данная техника, похоже, является мощным способом достичь позитивного завершения и хорошей интеграции ЛСД сеанса. Как будет позже описано, она полностью совместима с другими подходами эмпирической психотерапии и может с ними совмещаться. Эклектичный терапевт может с большим успехом использовать техники гештальт практики, биоэнергетические упражнения, рольфинг, кататимное переживание образов, асаны из Хатха йоги, элементы первичного крика и многие другие методы. Если сеансы проводятся в контексте терапевтического сообщества, то во время завершающего периода к процессу можно подключить других членов, чтобы помочь клиенту в проработке остаточных проблем. Они могут усилить переживания, разыгрывая симулированную борьбу в родовом канале, предлагая успокаивающую физическую поддержку, работая с субъектом в теплом бассейне или создавая трансперсональный фон групповым пением.

Когда становится очевидно, что доступная сдерживаемая энергия была высвобождена, и дальнейшая работа потребует слишком мощных маневров, ситтеры допускают позитивные воздействия, чтобы поспособствовать интеграции. Физический контакт, индивидуальный или в группе, может вызвать чувства заботы, комфорта и безопасности. Прогулка на природе, со всеми её сенсорными переживаниями, похоже, ведет к позитивным или даже экстатическим эмоциональным состояниям. Рассматривание цветов или деревьев, сидение на траве, вдыхание запаха сена или любование закатом могут быть мощными переживаниями, которые надолго запомнятся. Уже упоминалось, что, видимо, особое значение имеет встреча с водой в форме плавания, ванны или душа. ЛСД субъекты часто переживают контакт с водой на этом этапе не только как физическое, но и как эмоциональное и духовное очищение. Это может привести их в соприкосновение с воспоминаниями купания в младенчестве, пренатального существования или ранних филогенетических стадий и может вызвать состояние блаженного слияния или недифференцированного единства.

Когда все основные остаточные проблемы проработаны, приходит время социализации. Тогда ситтеры, с предварительного согласия пациента, приглашают в лечебную комнату друзей или родственников, которые ожидали снаружи. В зависимости от обстоятельств это может быть только один человек (супруг, сексуальный партнер или хороший друг) или группа членов семьи или друзей. Всех участников этого «воссоединения» просят отвечать на потребности субъекта и уважать его или её необычное состояние сознания. То, примет ли эта встреча форму тихой медитации и бессловесного собрания или веселого мероприятия, зависит от субъекта. В этой ситуации часто могут открыться новые каналы прямого и искреннего общения.

В нашей схеме родственники или друзья обычно готовили специальный «психоделический ужин». Он состоял из разных блюд, закусок и фруктов интересных цветов, вкусов и форм. Китайские, индонезийские, индийские и японские блюда в этом контексте стали особо популярными. После хорошо разрешенных психоделических переживаний большинству субъектов нравится экспериментировать с едой, и они обнаруживают, что принятие пищи может стать приключением с такими качествами и измерениями, о которых они раньше не могли и помыслить. Однако может случиться, что субъект ощущает тошноту или не выражает интереса к еде. Это принимается с пониманием, и не оказывается никакого давления к участию в подготовленной трапезе. Участникам «воссоединения» дается указание уважать психологическое пространство субъекта. Этот подход находится в значительном соответствии с базовой направленностью всего дня сеанса. Субъект должен ощущать полную свободу делать всё, что ему хочется или требуется, и воспринимать ситтеров, а затем друзей и родственников как помощников или ассистентов. «Это твой день»,— таково явное и скрытое послание, которое дается субъекту перед сеансом и подкрепляется и повторяется разными путями в течение дня. Момент воссоединения очень важен, и к нему надо подходить со значительной чуткостью. Его нельзя проводить рутинно, но всегда с учетом специфических обстоятельств. В некоторых случаях может быть разумнее и уместнее не приглашать родственников или даже отменить всё заранее организованное, если к этому подталкивает общая ситуация или особое эмоциональное состояние субъекта.

В ночь после сеанса субъект должен оставаться в специальных лечебных апартаментах. Если обстоятельства или состояние клиента не делают это невозможным или нежелательным, эту ночь субъект должен провести с супругом, близким родственником или хорошим другом. Медсестра и хотя бы один из сидтеров должны быть на подхвате на случай возникновения каких-либо проблем. Иногда, особенно после плохо разрешенного сеанса, может произойти запоздалый подъем интенсивных эмоций в течение гипнагогического периода, ночи или утром во время гипнопомпического состояния.

Если сеанс начался утром, обычно не возникает проблем со сном: это особенно верно, если переживание было хорошо разрешено и интегрировано, и завершающий период был позитивным. После сеансов с запоздалым началом, или в которых субъект не завершил проявлявшийся эмоциональный и психосоматический гештальт, заснуть может быть нелегко. Вообще, в это время лучше не использовать снотворные и транквилизаторы, так как они также подавляют процесс естественной интеграции бессознательного материала. Даже если без них субъект потеряет несколько часов сна, завершение обычно чище, а долговременные результаты лучше. Если слишком сильное возбуждение мешает хорошему сну, и это становится серьезной эмоциональной проблемой для субъекта, то подойдут Либриум, Валиум или барбитурат.

Базовое правило: субъекта нельзя оставлять одного в течение двадцати четырех часов после приема ЛСД. Вечером и ночью ему рекомендуется сохранять тихое медитативное настроение и не приниматься решать сложные межличностные проблемы. Если компаньон ночью это сексуальный партнер, рекомендуется провести время в тихом невербальном общении. Разговор и сексуальное взаимодействие не должны навязываться партнером, а должны отражать предрасположенность субъекта.

ИНТЕГРАЦИЯ ПЕРЕЖИВАНИЙ

Наутро после сеанса у клиента должна быть возможность поспать столько, сколько потребуется. Главная рекомендация на день — отдыхать, расслабляться и оставаться в медитативном состоянии ума. Особенно рекомендуются тихие прогулки на природе, солнечные ванны или плавание. Весьма полезным может быть прослушивание музыки, особенно той, которая игралась во время ЛСД опыта. Позже в этот день сидтеры должны запланировать долгую беседу с клиентом. Это возможность детально рассказать переживания предыдущего дня и обсудить любые непонятные аспекты психоделического сеанса; также это способствует интеграции материала и его применению в повседневной жизни. Особое внимание надо уделить феноменам переноса, произошедшим во время сеанса, и их анализу. В Мерилендском Центре Психиатрических Исследований оба лечебных корпуса были оснащены замкнутой телевизионной системой. Субъекты, попросившие или согласившиеся записать свои ЛСД сеансы на видео, обычно просили кассету на следующий день. Мы обнаружили, что эта процедура крайне полезна; она давала уникальную возможность дополнить субъективное измерение переживания более объективной точкой зрения.

Субъекта должны поощрять к написанию детального отчета о его или её психоделическом переживании. Этот процесс вызывает сосредоточенность внимания и, похоже, способствует воспоминанию эпизодов, которые иначе бы забылись. Во время этой работы могут проявиться сильные эмоции, и у клиента может быть возможность завершить незавершенный гештальт. Вообще, похоже, что работа над отчетом значительно способствует интеграции сеанса, а в дальнейшем эта запись становится основой для более глубокого и детального обсуждения психоделического опыта с сидтерами. Если сеансы продолжаются, детальные записи становятся необходимыми, так как старый материал часто может обретать новые измерения и значения при появлении последующих психоделических переживаний.

Клиентам также следует дать достаточную возможность для выражения своих переживаний в разных творческих формах, таких, как картины, рисование мандал, стихотворения, написание сказок или пьес, лепка, танцы или музыкальные композиции. Вдобавок к их эстетической, катарсической и документальной ценности, эти произведения часто дают ценный материал для более глубокого понимания сеанса. У нескольких из наших

пациентов импульсивное рисование стало важным каналом для преодоления трудного бессознательного материала.

Иногда интеграция сеанса занимает дни или недели. Важно поощрять пациента держать эмоциональные каналы открытыми и продолжать процесс раскрытия, а не выключать его преждевременно психологическими способами или транквилизаторами. Запоздалое завершение бессознательного гештальта наиболее часто происходит в пограничных состояниях между бодрствующим сознанием и сном, что характеризует гипнагогический и гипнопомпический периоды. Другой важной возможностью такого рода являются сновидения. После хорошо интегрированного сеанса ночи, как правило, проходят без сновидений, и сон становится очень глубоким и освежающим. И наоборот, если в сеансе субъект не достиг эмоционального и психосоматического завершения, за этим обычно следуют необычайно богатые и яркие сны. Мощное сновидение часто может опосредовать завершение и финальную интеграцию материала, который был активирован препаратом, но остался неразрешенным.

Когда спонтанный процесс не обладает достаточной динамической силой для того, чтобы завершиться, ситтеры должны проводить с клиентом интенсивную активирующую работу, следуя принципам, выделенным выше для завершающего периода сеанса. Интересная альтернатива подходу, который поощряет экстериоризацию и абреакцию, это использование длительной гипервентиляции. Эта техника, основанная на индусской науке о дыхании, *пранаяме*, была недавно открыта Леонардом Орром и приспособлена им для его реберфинга. Интенсивное дыхание, продолжающееся от тридцати до сорока пяти минут, как правило, собирает напряжения в теле в шаблонную модель мышечной брони и, наконец, высвобождает их. Это связано с активацией важного материала из разных уровней бессознательного. Мышечные напряжения сосредотачиваются в плечах и ногах (так называемые «карпопедальные спазмы» из медицинской терминологии) [3] и нескольких кольцевых сжатиях головы и тела, соответствующих уровням разных чакр в индусской системе Кундалини йоги. В этой технике вокализация и конвенциональная абреакция обычно нежелательна, и субъекта просят продолжать дышать до тех пор, пока не исчезнет всё напряжение. Это очень эффективный способ устранить остаточные проблемы после психоделического опыта. Даже без предварительного приема препарата этот метод может очень быстро дать доступ к глубоким и мощным переживаниям биографической, перинатальной и трансперсональной природы. Использование этой техники требует знания определенной исходной информации и специальных инструкций, и более детально она будет обсуждена в следующей книге.

Если ни одна из данных техник не дает удовлетворительного психологического разрешения, надо как можно скорее назначить ещё один психоделический сеанс. Основной применяющийся здесь принцип может показаться парадоксальным конвенциональному психиатру: психоделическую терапию можно прекратить в любой момент после успешного и хорошо интегрированного сеанса. Если же он привел к усилению клинических симптомов или продленному действию вещества, показано продолжение терапии. Базовая идея в том, что подобное происходит не из-за какого-то непредсказуемого эффекта ЛСД, а является незавершенным бессознательным гештальтом, который должен быть завершён.

Использование групповой психотерапии в качестве части полноценной программы ЛСД лечения заслуживает особого обсуждения. После нескольких безуспешных попыток использования ЛСД как вспомогательного средства для групповой психотерапии мы отошли от этой модели. Однако оказалось очень полезным сочетать индивидуальное ЛСД лечение с немедикаментозной групповой работой в контексте терапевтического сообщества. Атмосфера коллективной ответственности и поддержки, возможности для взаимной помощи и особая сила группового процесса содержит необычайный терапевтический потенциал. В контексте терапевтического сообщества ЛСД пациенты проводят последние часы сеансы в компании своих со-пациентов. В это время у них могут быть различные интересные восприятия других людей и их взаимодействий; и наоборот, другие могут сделать ценные наблюдения о прошедших ЛСД сеансах людей и их реакциях на окружающих. На следующей встрече, где

пациент делится своими психоделическими переживаниями, этот материал становится важным дополнением к групповой динамике. Взаимодействие субъекта с другими членами группы может значительно поспособствовать более глубокому пониманию материала из ЛСД сеанса, а также дать новые прозрения насчет проблем других пациентов группы. Эти групповые встречи обычно имеют такую воодушевляющую силу, что некоторые пациенты вместо вербального общения погружались в глубокие эмоциональные состояния, что могло привести к эмпирическим терапевтическим сеансам.

Использование материала из психоделических переживаний на встречах терапевтического сообщества приводит к необычному углублению и интенсификации группового процесса. ЛСД сеансы обычно выносят на поверхность мощный бессознательный материал, который иначе вряд ли появился бы в групповой работе. Диапазон переживаний, обсуждаемых на этих встречах, простирается от эпизодов, включающих различные сексуальные перверсии, убийственную агрессию, садомазохистские порывы, тенденции к инцесту и примитивную занятость биологическим материалом, до состояний экстатического восторга, чувств космического единства и воспоминаний прошлых воплощений. Это дает очень уникальную возможность для косвенного корректирующего эмоционального опыта для членов группы, в смысле реакции терапевта на потенциально предосудительный бессознательный материал, проявившийся на ЛСД сеансах их со-пациентов. Практичный подход терапевта к моментам вроде садистских тенденций, грандиозных фантазий и мечтаний, запрещенных сексуальных желаний или потери контроля над мочевым пузырем и кишечником, что могло произойти на сеансах различных членов групп, помогает другим принять такие элементы и позволить себе проживать такие ситуации, если они проявляются на их собственных психоделических сеансах. В этом контексте бессознательный материал (обычно обремененный тревогой, виной и конфликтом) может восприниматься легко и даже с юмором. Вдобавок к описанным выше преимуществам, использование групповой работы также экономит время ЛСД терапевта; многие общие принципы терапии, эмпирические стратегии и возможности интерпретации можно сообщать всей группе вместо индивидуального повторения каждому участнику.

В приведенном обсуждении я выделил лишь наиболее общие принципы полноценной программы ЛСД психотерапии. Детальная терапевтическая стратегия и тактики для каждого индивидуального случая зависят от многих факторов, и терапевты должны креативно их разрабатывать на основе их клинического опыта и собственных непосредственных исследований на обучающих ЛСД сеансах. Настоящая практика психоделической терапии, в конечном счете, основана в равной степени на интуиции и на знаниях терапевтических принципов, и, возможно, всегда будет сочетать элементы искусства и науки.

СНОСКИ

1. Префронтальная лоботомия это психирургическая процедура, разработанная португальским неврологом, Эдгаром Моницом, и получила Нобелевскую Премию по медицине в 1949. Она использовалась для хронических психозов, импульсивного поведения и некоторых сильных обсессивно-компульсивных состояний. Её исходная форма включала слепой разрыв связей между лобными долями и остальным мозгом. Поражение иногда было таким сильным, что большая часть полушария мозга превращалась в огромную гематоцисту.

2. Заинтересованный читатель найдет больше информации об использовании музыки на психоделических сеансах и немедикаментозной эмпирической работе в специальной статье Хелен Бонни и Уолтера Панке, «Использование музыки в психоделической (ЛСД) терапии» («The Use of Music im Psychedelic (LSD) Therapy») и в книге Хелен Бонни и Луиса Сэвэри «Музыка и твой разум» («Music and Your Mind»).

3. В медицинских пособиях это называется «синдром гипервентиляции» и представляется обязательной физиологической реакцией на интенсивное дыхание. Частые наблюдения из психотерапевтической работы с использованием дыхательных техник ясно показывают, что это неверно. Если субъекта побуждают продолжать гипервентиляцию после появления этих спазмов, это парадоксально устранил напряжения. Более того, после

нескольких начальных сеансов с применением этого метода организм перестает отвечать на интенсивное дыхание «синдромом гипервентиляции».

5. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ: ВОЗНИКНОВЕНИЕ, ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРЫ

Физические и эмоциональные противопоказания

Критические ситуации на ЛСД сеансах

Неблагоприятные последствия ЛСД психотерапии

Предупреждение и преодоление осложнений ЛСД психотерапии

Обсуждая риски и опасности ЛСД психотерапии, нам нужно отличать присущие препарату и психоделическому процессу от тех, которые критически зависят от экстрафармакологических факторов. Первые встречаются при каждом приеме препарата независимо от конкретных обстоятельств; вторые в значительной степени зависят от условий, и на их вероятность, степень и значимость могут влиять установка, обстановка и техника проведения сеансов. Опасности ЛСД психотерапии можно значительно снизить, если мы выявим индивидов, представляющих высокий риск, и если будем проводить сеансы с пониманием и учетом специфической динамики действия ЛСД.

ФИЗИЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Все клинические и лабораторные данные, накопленные за последние три десятилетия, указывают на то, что с биологической точки зрения фармацевтически чистый ЛСД это удивительно безопасное вещество. Но это утверждение не нужно автоматически применять к так называемой «уличной кислоте». Качество продаваемых на черном рынке образцов значительно разнится, и некоторые примеси и загрязнения физически гораздо опаснее ЛСД. Химический анализ обнаружил в некоторых уличных образцах того, что продавалось как ЛСД, амфетамины, стрихнин, ДОМ, фенциклидин (РСР или «ангельская пыль») и другие вещества.

В клинической работе с чистым ЛСД главная физиологическая опасность это не препарат *per se*, а интенсивность эмоций, которые он вызывает. Лишь изредка бывают высокодозовые ЛСД сеансы, на которых клиент в определенный момент не испытывает эмоциональный и физический стресс предельной силы, размеры которого превосходят всё, что можно испытать в повседневной жизни. Поэтому важно заранее отсеять индивидов, для которых сильные эмоции могут быть опасны или даже фатальны. Уже упоминалось, что сюда входят, в первую очередь, люди с серьезными сердечнососудистыми проблемами—сильный атеросклероз, тромбоз с опасностью эмболии, злокачественная гипертония, история инфаркта миокарда, миокардита, декомпенсированной сердечной недостаточности и кровоизлияния в мозг. При малейших подозрениях кандидат на ЛСД сеанс должен пройти медосмотр, включая электрокардиограмму. В случае мягких сердечнососудистых проблем нужно быть сдержанным в дозировках и действовать осторожно. Мы должны иметь ввиду, что речь идет не о прямом пагубном влиянии ЛСД на сердце или сосуды, а о рисках в связи с интенсивными эмоциями. Хотя более высокие дозы обычно пробуждают более сильные аффективные реакции, эта связь не линейна. У очень эмоциональных индивидов, или у тех, у которых близко к поверхности есть огромные количества бессознательного материала, относительно небольшая доза ЛСД может вызвать очень сильную реакцию.

Беременность должна быть абсолютным противопоказанием. Хотя существование прямого тератогенного эффекта обычных доз ЛСД вызывает сомнение, есть опасность нарушения биохимического баланса между плодом и материнским организмом. И даже больший риск—это сильные маточные сокращения, которые являются частью многих высокодозовых сеансов, особенно включающих перинатальный материал. В результате мощного ЛСД сеанса у субъектов женского пола может начаться менструация в середине цикла. Вопрос повреждения хромосом и зловредного влияния на наследственность в прошлом вызывал много полемики; сегодня очень немногие ученые считают, что такие опасности

действительно есть. Ввиду своей практической важности эти проблемы обсуждаются в специальном приложении к книге.

Все другие биологические опасности относительны. Многие клинические наблюдения говорят о том, что надо уделять особое внимание тем, кто предрасположен к эпилепсии, особенно тем, у которых есть история больших эпилептических припадков. У этих индивидов ЛСД может спровоцировать не только отдельные приступы, но и целую серию припадков, следующих друг за другом в быстрой последовательности. Так называемый эпилептический статус может быть очень трудно контролировать. Однако на определенные формы эпилепсии и другие типы припадочной моторной активности ЛСД лечение подействовало благоприятно, так что этот вопрос нужно решать индивидуально для каждого случая. Это наблюдение кажется особенно верным для височной эпилепсии, хотя на этот счет пока ещё нет четких органичных выводов.

Иногда мощная мышечная активность, часто происходящая на высокодозовых ЛСД сеансах, может представлять особую опасность для некоторых пациентов. Предельное напряжение, треморы, судороги, рывки и сложные скручивающие движения могут приводить к осложнениям у индивидов с патологической хрупкостью костей, недолеченными переломами или предрасположенностью к повторяющимся вывихам суставов.

Есть указания на то, что у индивидов с серьезными поражениями печени есть тенденция к продленному действию ЛСД, потому что печень играет важную роль в детоксикации ЛСД и выведении его из тела. Некоторые исследователи поэтому были склонны в прошлом отсеивать людей с неудовлетворительной работой печени, связанной с циррозом, историей гепатита или другими патологическими состояниями. Наш опыт работы с алкоголиками и раковыми пациентами, у многих из которых были значительные повреждения печени, показал, что этот фактор не имеет особого значения, если дисфункция не критическая.

Если следовать выделенным выше правилам, ЛСД выглядит лекарством с широким диапазоном биологической безопасности. Дозировки между 25 и 2000 микрограммами применялись в клинической работе без каких бы то ни было заметных побочных физиологических эффектов. В моих собственных исследованиях мы вводили ЛСД людям в возрасте до 83 лет и многим раковым пациентам на последних стадиях заболевания без единого несчастного случая. Наш опыт показывает, что обычно применяемые в медицинской практике для обнаружения болезней и дисфункций лабораторные тесты (электроэнцефалограмма, ЭКГ, анализ крови, седиментация, анализ мочи, ливер-тест) не показали никаких патологических изменений даже после серий из 80-100 ЛСД сеансов.

Ситуация гораздо более сложна в отношении эмоциональных рисков. Здесь уровень безопасности критически зависит от эмоционального баланса субъекта до сеанса и от внешних обстоятельств. Я не наблюдал неблагоприятных последствий ЛСД сеанса у индивидов, у которых не было значительных эмоциональных проблем до сеанса. У довольно уравновешенного и приспособленного человека негативные последствия на следующий день после контролируемого психоделического сеанса редко превышали такие жалобы, как чувство усталости, головной боли или похмелья. Негативные последствия могут быть гораздо более серьезными после экспериментов в сложных и беспорядочных социальных ситуациях, в случаях, когда препарат давался неподготовленному или даже ничего не подозревающему индивиду, или когда течение психоделического переживания осложнялось травмирующими обстоятельствами и патологическим взаимодействием.

Риск неблагоприятных последствий значительно возрастает, когда препарат принимается человеком с серьезными эмоциональными проблемами, показывающим серьезную неприспособленность или у которого в прошлом была психиатрическая госпитализация. Работа с психиатрическими пациентами, даже если её проводит опытный ЛСД терапевт в наилучших обстоятельствах, включает определенные риски. Тщательная подготовка пациентов, интернализация переживания и активная психотерапевтическая работа уменьшает опасности, но не исключает их полностью. Всегда будет риск, что вопреки всем предосторожностям и смягчающим мерам некоторый важный эмоциональный материал

останется неразрешенным. Это может означать усиление существовавших симптомов, появление новых, вероятность продления эффектов или последующего возвращения необычных состояний сознания (флэшбэки). Когда мы работаем с людьми, имеющими пограничные шизофренические симптомы или имевшими в прошлом психотические эпизоды, есть определенный риск запуска серьезных эмоциональных реакций временной природы.

В отличие от соматических противопоказаний, где определенные предостережения абсолютны, отбор ЛСД кандидатов на основе их эмоционального состояния зависит от многих внешних факторов. В оптимальных обстоятельствах, которые включают специально построенное лечебное учреждение и опытную терапевтическую команду, ЛСД психотерапию можно экспериментально проводить с любым психиатрическим пациентом, состояние которого точно не имеет органического происхождения. Однако это требует ситуации, не ограниченной во времени и количестве сеансов. В работе с индивидами, имеющими глубокие эмоциональные нарушения, мы должны быть готовы иногда сталкиваться с преходящими психотическими состояниями, агрессивным поведением или суицидальными тенденциями во время сеансов или вне их. Опытные терапевты, обученные медсестры и атмосфера поддержки терапевтического сообщества это совершенно необходимые условия такого мероприятия. В обстоятельствах, когда эти требования не удовлетворяются, нужно тщательно отсеивать индивидов с пограничными психотическими проблемами и психотической предрасположенностью. Примером этого была ситуация в Мерилендском Центре Психиатрических Исследований. Там число ЛСД сеансов для всех категорий субъектов кроме раковых пациентов было ограничено тремя. В центре были лаборатории и лечебные апартаменты, но не было коек. В случае продления эффектов или других осложнений ЛСД пациентов приходилось госпитализировать в Государственную Больницу Спринг Грув и, согласно обычным местным порядкам, это означало содержание в закрытом отделении и назначение фенотиазинов. Несмотря на эти неблагоприятные условия, мы работали с категориями пациентов с очень глубокими нарушениями, такими, как хронические алкоголики и зависимые от героина, которые были тюремными заключенными и не особо волновались в процессе отбора. У нас было только два случая продления эффектов у наших ЛСД субъектов, и оба произошли у пациентов, которые имели в прошлом психотические эпизоды. Они продолжалось лишь несколько дней и легко поддавалось контролю конвенциональными методами.

КРИТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ НА ЛСД СЕАНСАХ.

Если серьезные неблагоприятные последствия контролируемых ЛСД сеансов, как правило, встречаются только у индивидов, имевших до сеанса значительные эмоциональные проблемы, то во время самого высокодозового психоделического сеанса разные экстренные ситуации могут произойти у кого угодно независимо от его или её эмоциональной стабильности. Очень важно в течение подготовительного периода проинформировать клиента, что на сеансах у него или у неё могут быть трудные переживания, и что они являются очень важной и неотъемлемой частью процедуры. Одной из главных проблем бесконтрольного использования психоделиков была ложная идея, что субъект будет испытывать лишь состояния трансцендентального блаженства и чувствовать себя только прекрасно. Из-за этого случаи трудных эмоциональных состояний воспринимались как непредвиденное осложнение и легко вызывали панику у субъекта и его или её друзей.

Наиболее частая проблема на психоделических сеансах это сопротивление проявляющемуся бессознательному материалу и нежелание «следовать за переживанием». Форма, которую принимает это сопротивление, обычно соответствует привычным для субъекта защитным механизмам. Отвлекающие маневры, с которыми приходится бороться ситтерам, покрывают очень широкий спектр. Иногда субъект согласен одеть повязку и наушники, но отказывается от использования побуждающей музыки. Здесь терапевт должен осторожно отличать конструктивные и уместные возражения от беспокойных попыток защититься от проявляющихся эмоций. Другой распространенный способ бегства—непрестанные разговоры и интеллектуализации, не оставляющие места для более глубоких

переживаний. Некоторые индивиды пытаются сосредоточить внимание на внешней обстановке и вспомнить окружающую реальность в самых незначительных деталях. Они пытаются припомнить имена со-пациентов, воссоздать план здания, визуализировать форму и цвет мебели в комнате. Внезапное отрезвление посреди высокодозового сеанса—ещё одна частая форма психологического сопротивления психоделическому переживанию.

Другой вариант это нежелание держать сеанс интернализированным. Иногда субъект предъявляет разные причины и просит разрешения: сделать перерыв, покурить сигарету, выпить чашечку кофе, пообщаться или погулять. Частые посещения туалета это особенно распространенная техника; иногда они физиологически оправданны, но часто имеют чисто психологические мотивы. Более серьезная форма сопротивления включает удаление повязки и наушников и простой отказ продолжать без оправданий и объяснений. Когда такое происходит, ситтеры должны использовать все свои психологические навыки, чтобы вернуть клиента в исходное интроспективное состояние. Единственным исключением из этого правила являются ситуации, когда субъект хочет исследовать внешний мир, и нет сомнений в том, что это стремление искреннее и не является попыткой избежать внутренних переживаний. Договариваясь с клиентом в этих ситуациях, ситтеры могут сослаться на договор, сделанный во время подготовительного периода, когда с субъектом подробно обсуждались разные формы сопротивления, и он или она признали, что важно держать сеанс интернализированным.

В крайних случаях отношения между ситтерами и ЛСД субъектом могут искажаться до такой степени, когда последний воспринимает их не сотрудническими, а антагонистичными, и пытается действовать самостоятельно. Это может кульминировать в попытке клиента вообще покинуть лечебную ситуацию. Эти эпизоды не особо часты, но для ЛСД терапевтов это очень критическая ситуация. Базовое правило здесь—удерживать субъектов в здании и следить, чтобы они не навредили себе или другим. Нужно делать разного рода компромиссы между необходимостью удержать субъекта и избежать открытой конфронтации и борьбы, что ухудшит терапевтические отношения. В наиболее драматичных ситуациях такого типа лучшее, что можно сделать, это пытаться выиграть время и обеспечивать безопасность субъекта, пока ослабление фармакологического эффекта не сделает его или её более открытыми для активного сотрудничества. К счастью, такие экстремальные ситуации довольно редки, когда терапевтические ЛСД сеансы проводятся опытными ситтерами.

Перед обсуждением специфических трудностей и осложнений, которые могут произойти во время ЛСД сеансов, мы обозначим несколько общих принципов. Наиболее важный фактор работы с кризисом это эмоциональная реакция терапевта на чрезвычайную ситуацию. Спокойный, сосредоточенный и поддерживающий подход к различным проявлениям на психоделических сеансах гораздо важнее всего, что терапевт говорит и делает. Способность оставаться невозмутимым, встречая мощные инстинктивные взрывы, сексуальное отыгрывание, враждебность и агрессию, саморазрушительные тенденции, параноидные реакции или предельную эмоциональную и физическую боль, возрастает с опытом и числом проведенных сеансов. Участие в ряде критических ситуаций и наблюдение их позитивного разрешения это лучшая подготовка к будущим происшествиям. Проработка собственных эмоциональных трудностей на психоделических сеансах, проводимых для учебных целей, так же важна, если не важнее. Любые серьезные неразрешенные проблемы ситтеров могут легко активироваться участием в сеансах других людей.

Если чрезвычайная ситуация вызывает у терапевтов тревогу, агрессию, вину или другие неуместные реакции «контрпереноса», это может привести к очень опасной форме взаимодействия с пациентом. Так как ситтеры это единственная связь пациента с реальностью, их реакции являются его или её окончательными критериями серьезности ситуации. Так, проявляемая терапевтом тревога является для пациента финальным подтверждением того, что ситуация действительно опасная. Дело не только в том, что ситтеры трезвы и предположительно находятся в состоянии адекватной проверки реальности—в глазах клиента они ещё и являются экспертами в работе с необычными состояниями сознания. Поэтому их оценка ситуации и эмоциональная реакция отражает профессиональное суждение. Когда

терапевты демонстрируют сильные негативные реакции на чрезвычайные ситуации ЛСД сеансов, между ними и клиентами обычно возникают деструктивные замкнутые круги. Терапевт может быть расстроен определенным поведением или переживаниями, проявляемыми пациентом, и его или её эмоциональная реакция усиливает состояние пациента. Эта интенсификация трудностей пациента вызывает, в свою очередь, более сильное эмоциональное состояние у терапевта. Из-за этого лавинообразного эффекта подобные ситуации могут достичь критических пропорций в очень короткое время. Похожие сценарии описывались в психодинамической литературе, как «дьявольские круги» (*circuli diaboli*); хотя этот термин может выглядеть слегка преувеличенным, если применять его к ситуациям повседневной жизни, он является определенно подходящим и оправданным для драматичных ситуаций, которые могут развиваться на ЛСД сеансах.

Адекватная работа с критическими ситуациями это одна из ключевых проблем ЛСД психотерапии. Сеанс, на котором процесс выходит из-под контроля, не просто бесплоден, но и вреден; он вызывает фрустрацию и разочарование у терапевта и пациента, подрывает их взаимное доверие и может пошатнуть их чувства личной безопасности. Поэтому огромное значение для терапевта имеет адекватный опыт и обучение, включая собственные ЛСД сеансы. Во время моих исследований в Чехословакии обучение будущих ЛСД терапевтов более-менее следовало психоаналитической модели. Оно требовало минимум пяти личных ЛСД сеансов под руководством опытного терапевта и тридцати терапевтических сеансов с психиатрическими пациентами, проводимых под наблюдением. Обучающие сеансы ЛСД также оказались очень полезными для психиатрических медсестер, которые выполняли роль со-терапевтов женского пола или входили в контакт с пациентами под воздействием ЛСД.

Использование транквилизаторов это вопрос большой практической важности и заслуживает особого упоминания. Вообще, опытная терапевтическая диада может справиться со всеми или почти всеми ситуациями, которые случаются на ЛСД сеансах, одними психологическими способами. Я лично за всё время провел более трех тысяч сеансов, и лишь три пришлось остановить транквилизаторами. Все три случая произошли в ранние годы моих ЛСД исследований, когда мой опыт с препаратами был очень ограниченным. Торазин и другие основные транквилизаторы являются неспецифическими нейтрализаторами действия ЛСД. Детальный ретроспективный анализ этой ситуации обычно показывает, что пациент испытывает действие обоих препаратов одновременно, и этот комбинированный эффект довольно неприятен.

Использование транквилизаторов в ходе психоделического сеанса потенциально очень вредно. Наиболее драматичные негативные ЛСД переживания имеют тенденцию к позитивному разрешению; если они хорошо разрешены, то, в конечном счете, становятся очень полезными для субъекта. Если посреди трудного психоделического состояния вводятся транквилизаторы, то, как правило, они препятствуют естественному разрешению и позитивной интеграции. Они «замораживают» субъекта в негативном психологическом состоянии и, таким образом, способствуют продленному действию, негативным последствиям и «флэшбэкам». Так что традиция введения транквилизаторов в середине негативных переживаний это вредоносная практика, которую нужно остановить. Это даже более верно для их использования в контексте ЛСД психотерапии, которая, в основном, следует стратегии раскрывающей техники. Неприятные переживания вызываются проявлением травматического бессознательного материала с сильным эмоциональным зарядом. Так как именно этот материал является источником повседневных трудностей пациента, негативные эпизоды ЛСД сеансов являются прекрасной возможностью для терапевтических изменений, если их правильно воспринимать и правильно с ними работать. В ЛСД психотерапии существует целостность в содержании разных сеансов. Если мы прервем неприятное переживание введением транквилизаторов, неразрешенный материал будет и дальше проявляться на будущих сеансах до тех пор, пока пациент не достигнет точки, где он будет в состоянии встретиться с ним и разрешить его. Поэтому терапевт должен испытать все возможные способы психологического вмешательства перед тем, как прибегнуть к

транквилизаторам. Если между сидтером и клиентом развились специфически неблагоприятные отношения, и ситуация кажется тупиковой, нужно позвать другого терапевта, чтобы он завершил сеанс; к таким ситуациям всегда нужно быть заранее готовым.

Если все психологические подходы оказались безуспешными, и нужно использовать транквилизаторы, гораздо лучше начать с Либриума (30-60 миллиграмм) или Валиума (10-30 миллиграмм), которые, похоже, смягчают негативные эмоции, не препятствуя течению сеанса. Пациент должен как можно скорее занять лежачее положение с повязкой на глазах и наушниками, чтобы возобновить интроспективный ход опыта.

Ситуация, создающая наибольшие проблемы на психоделических сеансах это *переживание смерти*, которое происходит в контексте процесса смерти-возрождения. Эта встреча со смертью настолько реалистична и убедительна, что её легко спутать с настоящей угрозой жизни не только клиенту, но также и внешним наблюдателям и опытным сидтерам, находящимся в нормальном состоянии сознания. Из-за того, что символическое умирание принимается за биологическое, сопротивление психоделическому процессу может быть очень сильным. Глубокая тревога и активация программ выживания может заставить субъекта бороться с эффектом препарата с интенсивностью и характерными чертами настоящей борьбы за жизнь.

www.e-puzzle.ru

С технической точки зрения, это наиболее критическая и важная ситуация. Для мягкого течения сеанса и положительного результата совершенно необходимо, чтобы в этот момент субъекты оставались в повязке и наушниках, и чтобы процесс оставался интернализованным. Если психологические аспекты этого переживания проецируются на терапевтическую ситуацию, это может привести к опасному отыгрывающему поведению. Субъектов может тянуть к окнам и дверям, они будут видеть в них их способы выбраться из непреодолимой психологической ситуации; они могут драться с сидтерами, воспринимая их как опасность; или они могут прибегать к жестоким саморазрушительным действиям, путая их с освободительным процессом смерти эго. Опасности экстернализации этого процесса выходят далеко за пределы собственно лекарственного сеанса. Неразрешенные психоделические переживания такого рода могут результировать в очень трудные эмоциональные состояния после сеанса, которые могут длиться днями и месяцами, если с ними не работать надлежащим образом.

Если клиент пытается сорвать с глаз повязку и создает проективную нереальную ситуацию описанного рода, то настало время активного вмешательства. Так как этот вопрос обсуждался во время подготовительного периода, сидтеры могут сослаться на тот разговор, чтобы соединить интеллектуальные познания клиента о процессе с фактическими переживаниями. Это само по себе может быть полезно, хотя обычно есть огромная пропасть между переживанием смерти и его вербальным описанием. Этот процесс может быть настолько неудержимым и обладать такими невообразимыми эмпирическими измерениями, что это невозможно передать никакими существующими словами. В любом случае, критическими факторами работы с этой ситуацией являются невербальные аспекты подхода сидтеров; в этих обстоятельствах метакоммуникация эффективнее всего, что говорится или делается.

Сидтеры должны подчеркнуть, при необходимости несколько раз, что клиент не испытывает реальное биологическое умирание, каким бы убедительным оно ни казалось. Они должны заверить, что ощущение недостатка кислорода только субъективно, и что на самом деле дыхание в норме. Также важно значительно воодушевить субъекта к тому, чтобы сдаться процессу и принять психологическую смерть. Настойчивые убеждения, что самый быстрый выход из переживания это пройти самые трудные его области, а также ссылки на позитивную «другую сторону» могут быть очень полезными. Однако уравновешенность сидтеров, их знание процесса и доверие к его естественному течению, в конечном счете, являются самыми

ключевыми факторами, которые сделают все утверждения эмпирически реальными и убедительными.

В течение повторяющихся ЛСД сеансов, разворачивающихся на перинатальном уровне, ощущения умирания обычно становятся более глубокими и полными. Когда процесс достигает стадии финальной *смерти эго*, могут возникнуть особые технические проблемы. Смерть эго включает переживание разрушения всего, чем является субъект, чем обладает и к чему привязан. Её ключевые характеристики это чувство полной аннигиляции на всех возможных уровнях, потеря всех систем отношений и разрушение объективного мира. Так как приближение к этому процессу происходит в различных направлениях и на разных уровнях, он требует всё больше психологических потерь. На финальных стадиях субъектам приходится столкнуться с такими переживаниями и обстоятельствами, которые для них неприемлемы или даже невообразимы.

Природа переживаний, являющихся финальным препятствием для завершения процесса смерти-возрождения, меняется от субъекта к субъекту. Для некоторых это могут быть определенных критические физические условия вроде сильного удушья, агонической физической боли, затемнения сознания или мощной припадочной активности. Другим приходится сталкиваться с ситуацией, которая для них психологически абсолютно неприемлема, и сдаваться ей. Наиболее распространенные из таких ситуаций это рвота, потеря контроля над мочевым пузырем или кишечником; сексуально неприемлемое поведение; смятение и дезориентация; различные нечеловеческие звуки и унижение или потеря престижа. Очень трудное и важное переживание, происходящее в контексте смерти эго, это ожидание катастрофы огромных размеров. Субъекты встречают агоническое напряжение, вырастающее до фантастических пропорций, и развивают убежденность, что взорвутся, и весь мир будет уничтожен. Этот страх дезинтеграции является сложным эмпирическим барьером; в своем необычном состоянии субъекты могут выработать сильную убежденность, что не только их собственное будущее, но и судьба всего мира зависит от их способности бороться. В этой ситуации предельно важно, чтобы ситтеры постоянно напоминали о безопасности этого переживания. Независимо от того, насколько катастрофическим он может казаться с субъективной точки зрения, этот взрыв имеет качество крайнего эмоционального и духовного освобождения. Разрушается в этом процессе лишь старое, ограниченное понимание себя и соответствующий ему ограниченный взгляд на существование и Вселенную. Когда процесс достигает этой точки, абсолютно необходимо завершить эмпирический гештальт. Незавершенные и плохо интегрированные сеансы этой области могут привести к серьезному разрушительному поведению и суицидальной идеации.

Другая ситуация, которая может стать источником значительных проблем на ЛСД сеансах, это переживание «нет выхода». Хотя наиболее часто оно происходит в контексте БПМ II, существуют сложные параллели, которые могут наблюдаться на продвинутых сеансах на трансперсональном уровне. У трансперсональных версий отсутствует конкретный элемент механического заточения и явно биологическое измерение, их качество чисто метафизическое. Человек в состоянии «нет выхода» испытывает предельные страдания различного рода и не способен увидеть какой-то конец этой ситуации или какой-то выход из неё. Мышление, похоже, принимает циклическое качество, и субъекты часто сравнивают свой мыслительный процесс с заевшей пластинкой. Более точно и достоверно описывает это состояние сравнение своеобразной заикленности идей и эмоций с движущейся лентой Мебиуса, которая замыкается на себе, при этом включая парадокс в отношении обычных пространственных и временных конфигураций.

Базовая стратегия работы с ситуацией «нет выхода» должна состоять в том, чтобы подчеркивать и прояснять разницу между психологическим и часовым временем. Чувство вечного приговора без надежды на выход это ключевая эмпирическая характеристика ситуации «нет выхода». Чтобы проработать и интегрировать это переживание, нужно принять всё его содержание, включая чувство, что оно будет продолжаться вечно, и нет никакого выхода. [1] Парадоксально, но человек, отчаянно сопротивляющийся и борющийся с тем, что,

как ему или ей кажется, будет переживанием бесконечного страдания, продлевает свои мучения; и наоборот, если он или она сдается и принимает вечное пребывание в аду, всю глубину переживаемой адской матрицы, то этот особый гештальт завершается, и процесс идет дальше.

Трудная ситуация, которая кажется тесно связанной с матрицей безвыходности, включает повторяющееся вербальное или моторное поведение; в классической психиатрической терминологии это называется вербигерацией и персеверацией. В течение периода времени, который может длиться от минут до часов, индивид ведет себя, как сломанный робот. Субъекты в этом состоянии продолжают повторять одни и те же движения, предложения или слова. С ними обычно нет значительного контакта, и это автоматическое поведение не получается прервать никаким внешним вмешательством. В большинстве случаев единственное решение это ждать, пока реакция не завершится спонтанно, и контакт с клиентом не восстановится. Эта проблема, похоже, возникает, когда препарат активизирует бессознательный материал с крайним эмоциональным зарядом. Менее драматичные формы этого паттерна могут сопровождать проявление особо сильной СКО; крайние случаи почти всегда связаны с перинатальным процессом. Относительно этих эпизодов у субъектов часто есть полная амнезия или очень неполная память.

Одна из частых проблем на психоделических сеансах это *страх безумия*, обычно связанный с чувством потери контроля. Она наиболее часто происходит у индивидов, которые даже в обстоятельствах повседневной жизни испытывают потребность поддерживать контроль и боятся его потерять. Общая стратегия, оговоренная во время подготовительного периода и подкрепляемая вербально во время сеанса, когда потеря контроля становится проблемой, это подталкивать к отказу от контроля. Обычно в основе этой проблемы лежит ошибочное представление и страх, что на миг отказаться от контроля значит потерять его навсегда, и за этим последует какой-то вид безумия. Новая идея, предлагаемая пациенту, состоит в том, что отказ от контроля создает ситуацию, в которой подавлявшийся материал сможет проявиться и быть проработан. После эпизода драматичного и часто хаотического высвобождения сдерживаемых энергий через разные доступные каналы, проблема теряет свой заряд, и индивид достигает контроля без усилий. Этот новый тип управления не содержит мощного самоконтроля, но и не нуждается в нем, так как уже нечего контролировать. Частая связь проблем потери контроля с сомнениями насчет функции сфинктера, будет описана дальше в этой главе.





Художница Харриетт Фрэнсис документировала ЛСД переживания во время психоделической программы в Менло-Парке в Калифорнии. Большая их часть имела перинатальные черты, и она изобразила многие символические последовательности процесса смерти-возрождения. После начальных видений геометрических орнаментов (1) процесс значительно углубляется (2, 3), и художница предстает перед засасывающим водоворотом, несущим её в мир смерти (4). В преисподней она подвергается пронзительным болям (5) и сокрушающим давлениям (6,7), переживает странную комбинацию рождения и смерти (8), медитирует на таинственные символы на крестообразном алтаре (9), а затем ей предлагают помощь (10). В последовательности, сильно похожей на шаманское посвящение, она испытывает превращение в скелет и уничтожение (11), за которым последовало обновление, вознесение и возвращение к жизни (12). После того, что выглядит символическим распятием и воспоминанием о каком-то хирургическом вмешательстве (14), она испытывает возрождение, связанное с видением павлина. Следующий рисунок, океаническая матка, указывает на то, что переживание рождения открыло доступ к состоянию единства

пренатального существования (16). Она возвращается из своего путешествия с чувством омоложения и оживления (17)

Вообще, любой тип «психотического» опыта должен поощряться во время сеансов, а также в специально построенных ситуациях в свободных интервалах между сеансами, если только они не несут опасности для клиента или кого-то другого. Мы здесь имеем дело не с переживаниями, вызываемыми препаратом, а с областями потенциальной психотической активности клиента, которые были химически экстериоризированы. Лучше видеть в таких эпизодах уникальные терапевтические возможности, а не клинические проблемы. Психотические реакции, заслуживающие особого внимания, это связанные с параноидным восприятием. Они представляют особые технические трудности, так как затрагивают самое ядро терапевтического сотрудничества— отношения с ситтерами. Проблемы этой области покрывают очень широкий спектр, от легкого недоверия до полноценных параноидных иллюзий. Они также возникают в разных формах и могут корениться на разных уровнях бессознательного. Во время работы на психодинамическом уровне их обычно можно проследить до ситуаций в детстве, в которых субъекта активно ругали и плохо с ним обращались, либо до эпизодов раннего младенчества, включающих эмоциональную депривацию и заброшенность. Важными источниками параноидных чувств являются БПМ II и БПМ III, особенно начало ситуации «нет выхода». Биологически, это соответствует началу рождения, когда во внутриутробный мир плода проникают коварные и непостижимые химические силы и начинают его разрушать. Некоторые параноидные чувства можно проследить до ранних эмбриональных кризисов, травматического опыта прошлых воплощений, негативных архетипических структур и других типов трансперсональных феноменов.

С менее серьезными формами недоверия можно справляться, напоминая клиентам прошлые обсуждения, касавшиеся базового доверия, и побуждая их погрузиться в себя и поискать источники этого недоверия в проявляющемся бессознательном материале. Это обычно возможно только в том случае, когда у субъекта остается достаточно доверия, чтобы быть в состоянии сообщить о потере доверия. В более серьезных случаях клиент будет испытывать параноидные мысли и чувства в себе, и ситтеры могут об этом не узнать до завершения переживания, когда доверительные отношения восстановятся. Крайние степени паранойи могут включать отыгрывающее поведение; ситуации, в которых остро параноидный ЛСД субъект пытается покинуть комнату или атаковать ситтеров, это одни из самых трудных проблем психоделической терапии. Здесь единственное решение это защищать людей и объекты от необратимого вреда и пытаться выиграть время. Когда реакция спадает, ситтеры должны вернуть пациента в лежачее положение, вернуть повязку и наушники и попытаться вызвать полное разрешение и интеграцию проблемы описанными выше методами.

Иногда сексуальное отыгрывание может представлять технические проблемы. Когда оно не затрагивает ситтеров напрямую, как в случае генитальной или анальной мастурбации, ситтеры должны быть достаточно непредубежденными и позволить это. Иногда один эпизод такого рода может стать мощным корректирующим опытом, который исцелит давнюю психологическую травму, сделанную бесчувственными родителями, которые решительно наказывали инфантильные инстинктивные действия. Если у ситтеров есть трудности с принятием такого поведения, это может быть стимулом и уникальной возможностью исследовать корни их собственного отношения и реакций.

Ситуация гораздо более сложна, если отыгрывающее поведение включает сексуальные действия, направленные на ситтеров. Главное правило здесь—исключить любое явное половое взаимодействие с участием гениталий, груди или рта. Причины его серьезны и идут дальше убеждений моралистической природы. Сексуальная активность такого рода со стороны пациента часто является проявлением сопротивления более глубоким вопросам. Типичным примером будет пациент-мужчина, чувствующий необходимость в успокаивающем контакте на младенческом уровне и, боясь связанных с ним зависимости и беспомощности, пытается

приблизиться к терапевту-женщине взрослым сексуальным способом. В ситуациях наподобие этой ситтеры всегда должны направлять клиента на более глубокие уровни переживаний и пресекать отыгрывание. Это можно сделать в конструктивной форме, которая не должна включать отказ. Ссылка на четкие оговоренные до сеанса правила может облегчить ситуацию для ситтеров.

Взрослая сексуальная активность на ЛСД сеансах может быть довольно каверзной; поскольку способность к четкой и точной проверке реальности ослаблена препаратом, независимо от внешних обстоятельств сексуальная активность переживается клиентом на многих разных уровнях. Частое вовлечение детских уровней может привести к особой уязвимости, особенно к страху, связанному с табу на инцест. Есть опасность, что такие переживания будут травматическими и будут иметь длительные негативные последствия для клиента и отношений с ситтером. Я встречал несколько пугающих примеров такого рода за пределами медицинского контекста, особенно в коммунах, где молодые люди рассказывали о психоделических переживаниях, включавших свободное сексуальное взаимодействие. Результатом, в нескольких случаях, было искажение повседневного межличностного взаимодействия глубокими неразрешенными проблемами переноса и сексуального смущения. Вообще, не должно быть никаких ограничений насчет того, что клиенту можно испытывать на уровне фантазии. Однако ситтеры должны очень четко осознавать собственные отношения и мотивы и подходить к субъекту с честностью и чувствительностью. Мой опыт говорит о том, что в психоделической терапии нет никакой необходимости или оправданности во взрослой сексуальной активности, и если ситтер всерьез рассматривает такую возможность, ему или ей следует изучить собственные мотивы. Взрослая сексуальная активность во время психоделического переживания допустима только между партнерами, имеющими эмоциональную и сексуальную связь в повседневной жизни. Такой опыт может открыть интересные измерения сексуального взаимодействия, но не лишен опасностей и подводных камней даже в этих обстоятельствах; он должен происходить только между взрослыми партнерами, глубоко понимающими природу психоделического процесса.

Ясно, что вопрос сексуальных границ гораздо более проблематичен в тех сеансах, где допускается физическая близость, чем в случаях, когда ситтеры сохраняют отстраненное положение. Так как использование тесного физического контакта чрезвычайно полезно на психоделической терапии, я кратко обсужу здесь этот вопрос. Глубокая возрастная регрессия на ЛСД сеансах часто сопровождается сильными анаклитическими чувствами и тенденциями, особенно у пациентов, переживавших в раннем детстве серьезную эмоциональную депривацию. Они могут хотеть держать, ласкать или сосать руку ситтера, положить голову кому-то на колени, прижаться к кому-то, хотеть, чтобы их гладили и баюкали. Иногда регрессивное качество таких явлений несомненно, и пациенты подают убедительные признаки глубокой регрессии. В других случаях эти действия могут представлять технические проблемы, потому что может быть нелегко отличить, является ли определенное поведение аутентичным феноменом регрессии, ненамеренным происшествием или сексуальными проявлениями на более-менее взрослом уровне. Это особенно верно на поздних стадиях сеансов, когда действие вещества ослабилось. Похоже, иногда оба уровня подключаются одновременно, и клиент может колебаться от одного к другому.

В ранние годы моей терапевтической работы с ЛСД я обычно пресекал или игнорировал такие проявления, в соответствии с моим строгом фрейдистским образованием. Позже мне стало ясно, что периоды глубокой регрессии с сильными анаклитическими потребностями чрезвычайно важны с терапевтической точки зрения. Я понял, что подход терапевта к таким ситуациям может либо создать глубокий корректирующий эмоциональный опыт, либо наоборот, подтвердить и усилить старые, патологические паттерны депривации и отверженности. Даже тогда, когда я уже почти всегда использовал физический контакт, я был склонен исключать его, когда клиент переходил сексуальные границы. На данный момент мне не кажется, что это ситуация типа «или-или». Границы могут определяться и согласовываться очень тонкими вербальными и невербальными путями. Если ситуация входит в

проблематичные области, можно восстановить приемлемые ограничения, не убирая полностью близкий контакт. Решение здесь, видимо, кроется в ясности самого терапевта о своих мотивах и способностью ясно вербально и невербально общаться с клиентом. Позволяет и порождает проблемы именно двусмысленность и противоречивые послы со стороны терапевта. Это сложная и тонкая область, в которой трудно установить четкие правила. Терапевт в каждом отдельном случае должен полагаться на интуицию и клинический опыт. Природа и специфические характеристики терапевтических отношений и уровень доверия в них остаются самыми важными факторами, определяющими течение сеанса.

Одна из наиболее трудных для психоделических терапевтов областей это различные формы враждебности и агрессии. Если сеансы проводятся в рамках хороших рабочих отношений, реальные технические проблемы с агрессивными проявлениями чрезвычайно редки, даже если в сеансе доминируют деструктивные тенденции. В большинстве случаев можно сохранять сотруди́ческие отношения даже при сильной психодраматической борьбе. Большинство технических проблем возникает, когда ситтеры физически участвуют в игровой борьбе, включающей сдавливание, нажатие, обездвиживание и иногда причинение боли. В этих обстоятельствах абсолютно необходимо поддерживать «как бы» атмосферу и не допускать, чтобы ситуация стала абсолютно реальной и серьезной для субъекта. Умелое совмещение вербальной коммуникации с метакоммуникацией может помочь удерживать игру в точке эмпирической двусмысленности, которая кажется оптимальной для терапевтической работы. С одной стороны, ситуация должна быть довольно реальной для субъекта, чтобы обеспечить его полное участие и высвобождение эмоций; с другой стороны, она не должна быть настолько реальной, чтобы можно было принять её за опасную или травмирующую ситуацию. Первоочередной задачей должно быть сохранение доверительных отношений.



Символический автопортрет с сеанса, характеризовавшегося сильной агрессией, направленной как вовне, так и вовнутрь. Стилизованная хищная птица правой лапой убивает беспомощную мышь; левая лапа трансформирована в пушку, направленную на собственную голову. Антикварная машина наверху представляет игру слов (портрет себя-- автопортрет), но также намекает на связь между смесью часто встречающихся на перинатальных сеансах агрессивных и саморазрушительных импульсов и опасной ездой.

По контрасту с частотой, силой и диапазоном переживаний, включающих агрессию, стихийные и неконтролируемые тенденции к отыгрыванию чрезвычайно редки в контролируемых ЛСД сеансах. Когда похоже, что предстоит ситуация такого рода, лучший подход это поощрять внешнее выражение в рамках сотрудничества, как описывалось выше. Другая эффективная техника это направить внимание на более глубокий уровень тревоги, боли и беспомощности, обычно лежащий в основе агрессивных явлений. Так, комфорт и поддержка порой может оказать почти магическое действие на агрессивного пациента, который пытается угрожать ситтерам, хвастливо демонстрируя силу. Наиболее действенные подходы к агрессии состоят в обнаружении конкретной проблемы данного случая и поиске

подходящего решения. Как и в других видах осложнений, фактором критической важности является реакция самого ситтера и его отношение к ситуации. Если поведение пациента вызывает у ситтера тревогу или агрессию, они могут попасть в замкнутый круг, который, похоже, усиливает патологические реакции. В качестве иллюстрации некоторых вышеприведенных моментов можно привести следующий случай из моей ранней работы в Праге.

Однажды, когда я проводил ЛСД сеанс с невротическим пациентом, меня отвлек громкий стук в дверь. Удивленный этим вмешательством, которое нарушало правила, я открыл дверь. Встревоженная медсестра сказала, что срочно необходимо мое присутствие в другой лечебной комнате, где Генри, другой ЛСД пациент, вошел в «состояние берсерка». Я оставил медсестру следить за моим пациентом и поспешил к месту происшествия. Лечебная комната оказалась в катастрофическом состоянии; пациент разбил зеркало перед умывальником, перевернул всю мебель и разорвал в клочья несколько книг и журналов. Стоя посреди комнаты, он кричал и рычал; его вид напоминал бешеную обезьяну. В углу стояла Джулия, молодая коллега, недавно присоединившаяся к нашей команде. Она участвовала в ЛСД сеансах раньше, но этот был первым, который она вела независимо. Она была бледной, очевидно напуганной, и её руки дрожали.

Я подошел к Генри и взял его за руку; это восстанавливало контакт и также оставляло ему меньше шансов меня атаковать. «Всё хорошо, не бойся, никто не собирается тебе навредить»,— сказал я поддерживающим тоном и указал на диван. «Мы можем присесть? Я бы хотел выяснить, что ты испытывал». Мы сели, и я стал расспрашивать его в попытках выяснить, что вызвало его агрессию. Скоро стало ясно, что ранее в сеансе он регрессировал в раннее детство и испытал необходимость близости и заботы. Он искал физического контакта с Джулией и положил голову ей на колени. Она запаниковала, оттолкнула его и предостерегла от внесения сексуальных элементов в терапию. Это запустило очень болезненное воспоминание детской ситуации, в которой мать обнаружила его мастурбирующим. Она устроила большую сцену и сказала отцу, который очень жестоко наказал его. Эта последовательность событий эффективно заблокировала доступ Генри и к каналу детской зависимости и к сексуальным чувствам. Вдобавок, комбинация сексуальности с наказанием и тревогой сделала эмпирически доступным перинатальный уровень его бессознательного. На этой точке Генри «выбрал» путь агрессивного поведения.

Во время беседы Джулия отошла от шока своего психоделического баптизма. При моей психологической поддержке она позволила Генри положить голову ей на колени и взяла его за руку. Однако приближалось ещё одно трудное испытание. Примерно через полчаса Генри, к тому времени вернувшийся в переживания с закрытыми глазами, начал играть со своим пенисом. Делая это, он периодически открывал глаза, очевидно оценивая нашу реакцию. Когда ожидаемая реакция не последовала, он расстегнул свои брюки и начал мастурбировать, перемещая крайнюю плоть. Его эякуляция принесла драматичное облегчение физического и эмоционального напряжения Генри; её психологическое действие значительно превзошло физиологическую разрядку. Генри ощутил, что можно мастурбировать в присутствии искусственных родительских фигур, не будучи отвергнутым, и это помогло ему преодолеть сексуальную травму из его детства и привнесло много свободы в его сексуальную жизнь.

Этот сеанс был также очень важен для развития Джулии. Ретроспективно она признала этот трудный опыт прекрасной учебной возможностью. Это помогло повысить её терпимость к различным неконвенциональным проявлениям на ЛСД сеансах, и в результате она стала более хорошим и эффективным терапевтом.

Для завершения списка трудных ситуаций, которые могут произойти на ЛСД сеансах, мы должны обсудить различные физические проявления, которые часто сопровождают психоделические переживания. В мягкой форме они обычно не создают особо серьезных технических затруднений, но их крайние формы могут быть довольно проблематичными. Как я упомянул ранее, ни одно из них не является простым фармакологическим эффектом ЛСД; они представляют собой сложные психосоматические проявления. Общая стратегия насчет

соматических аспектов ЛСД сеансов должна быть в том, чтобы испытывать их как можно полнее; клинические опыты постоянно подтверждали терапевтическую пользу этого подхода.

Возможно, наиболее частым физическим проявлением на ЛСД сеансах являются различные моторные феномены, такие, как общее мышечное напряжение, сложные позы и скручивающие движения и широкий спектр треморов, толчков, рывков и эпизодов, напоминающих припадок. Субъекта нужно побуждать к тому, чтобы позволять им происходить; они являются очень ценными каналами эффективной разрядки глубоких подавлявшихся энергий. Важно, чтобы ситтеры отслеживали любые попытки со стороны субъекта контролировать подобные феномены по эстетическим или другим соображениям. Нужно значительно поощрять несдерживаемую разрядку энергии, даже если полное выражение принимает форму мощного истерического или эпилептического припадка. Если эффект препарата недостаточно силен, чтобы вызвать спонтанное облегчение напряжения, этому может способствовать субъект, усиленно напрягая проблемные участки или надолго принимая скульптурные позы. В этом плане также очень полезны сильные внешние давления и глубокий массаж.

На психоделических сеансах также довольно часты трудности с дыханием. Иногда они могут принимать форму настоящих приступов астмы; это обычно происходит у субъектов, имевших подобные проблемы в прошлом. В контексте ЛСД сеансов важно поощрять полное переживание неприятных симптомов удушья, при этом заверяя субъекта, что реальной опасности нет, потому что трудности с дыханием только субъективны, а респирация в норме. Важно, чтобы ситтеры давали клиенту честную и объективную обратную связь на этот счет. Часто драматичное облегчение может принести хрип, кашель или крик, если это настоящая часть переживания. Его нужно поощрять, если процесс движется в этом направлении, но не предлагать механически в качестве своеобразного лекарства.

Физическая боль это важная и неотъемлемая часть психоделического процесса и тоже должна полностью переживаться, если начинает проявляться на сеансе. Она обычно происходит в контексте повторного переживания реальных физических травм вроде болезней, несчастных случаев и операций или травмы рождения, хотя может иметь и различные символические значения. Сильная физическая боль иногда может быть связана с трансперсональными феноменами наподобие воспоминаний прошлого воплощения или родовых или филогенетических переживаний. На поздних стадиях сеансов, когда фармакологический эффект препарата недостаточно силен, полезно усилить эти ощущения надавливанием или глубоким массажем мест, на которые указывает пациент. В работе с болью ситтеры должны всегда побуждать к полному проживанию этой боли и физическому и эмоциональному выражению эмоции, которая неизбежно стоит за ней. Очень часто пациенты сами просят о более сильном давлении, иногда значительно выходящем за грань, которую терапевт считает приемлемой. В бесконтрольных условиях индивиды могут попытаться навредить себе, чтобы экстериоризировать боль. Похоже, что тот же механизм стоит за некоторыми случаями членовредительства и нанесения себе травм на ЛСД сеансах, которые получили такую широкую огласку в средствах массовой информации.

Тошнота и рвота обычно происходят у индивидов, страдавших от этой проблемы в детстве или у которых это привычная реакция на стресс в повседневной жизни. Тошноту не следует устранять никакими способами, и ситтеры должны поощрять рвоту, если кажется, что пациент сопротивляется этому. Рвота имеет мощный очистительный эффект, и во многих случаях означает позитивный перелом в трудном ЛСД сеансе. Она может иметь особое значение в случае людей, в повседневной жизни имеющих в связи с ней мощный негативный заряд. Нежелание рвать может означать очень важный блок и быть связано с мощным эмоциональным материалом различных уровней. Вырвав в середине ЛСД сеанса, некоторые пациенты говорят о том, что освободились от огромных объемов мусора. Другие ощущают, что избавились от интроецированного образа плохого или приемного родителя. В некоторых случаях фонтанная рвота может быть связана с изгнанием чужеродных трансперсональных энергий, особенно в случае экзорцизма.

На психоделических сеансах необычайно часты проблемы, связанные с мочеиспусканием и дефекацией. Они либо принимают форму уретральных и анальных спазмов и невозможности испражниться, либо наоборот, мощные физиологические позывы в этих зонах и страх потерять контроль над мочевым пузырем и кишечником. Трудности с мочеиспусканием обычно происходят у людей, которые и в обычной жизни на всякие стрессы отвечают частым мочеиспусканием (поллакиурия) или проявляют классические фрейдовские характеристики уретральной личности, куда входят сильные амбиции, забота о престиже, предрасположенность к стыду или страх ошибки. Если у ЛСД субъекта были проблемы с энурезом (мочеиспускание в штаны или постель) в какие-то моменты прошлого, следует ожидать, что проблемы этой области рано или поздно будут воспроизводиться на сеансах. Это также верно для женщин, страдающих от оргазмической недостаточности или фригидности, которые связаны со страхом потерять контроль над мочевым пузырем в момент приближения сексуального оргазма. На психодинамическом уровне уретральные проблемы связаны с особым биографическим материалом в соответствии с психоаналитическими описаниями. Однако всегда есть более глубокие корни на уровне процесса рождения; есть очень четкие связи между уретральной дисфункцией и определенными аспектами перинатальных матриц. Так, блокирование мочеиспускания происходит в контексте БПМ II, болезненная потребность опорожниться это почти стандартное содержание БПМ III, а потеря контроля над мочевым пузырем характерна для перехода от БПМ III к БПМ IV.

В ранние годы моей работы с ЛСД пациенты с данными проблемами часто оттягивали встречу с уретральным материалом на недели или месяцы, прерывая переживание уходом в туалет. Некоторые из них посещали уборную 15-20 раз за один сеанс, по большей части, без необходимости. Когда я заметил, что это было очень мощной формой сопротивления, я сделал необходимые припасы для невольного мочеиспускания в форме резиновой подстилки и запретил взрослый подход к уретральным позывам. Субъекты, имевшие сильные возражения против этой меры и непреодолимое сопротивление, получили совет использовать хирургические резиновые штаны. С таким подходом серьезные уретральные конфликты и блоки могли быть решены за несколько сеансов независимо от того, происходило ли на самом деле невольное мочеиспускание. Когда пациент теряет контроль над мочевым пузырем во время ЛСД переживания, это обычно сопровождается повторным проживанием травматических инцидентов из детства, включавших высмеивание уретральных происшествий сверстниками или родителями. Это освобождение открывает доступ к либидинальному удовольствию, естественно связанному со свободным мочеиспусканием, снимает психологический блок и способствует отпусканью ситуации. На более глубоком уровне это часто соединяет пациента с моментом рождения, где фундаментальное облегчение после часов агонии часто может ассоциироваться с рефлексом мочеиспускания.

Проблемы, связанные с дефекацией, имеют похожую схему. Они обычно происходят у обсессивно-компульсивных пациентов обоих полов, у мужчин с латентными или явными гомосексуальными тенденциями и у анальных личностей. На психодинамическом уровне они обычно связаны с конфликтами вокруг приучения к туалету, желудочно-кишечными расстройствами в детстве и с историей клизм. Более глубокие перинатальные корни анального удерживания лежат в БПМ II; необходимость дефекации и связанные с ней конфликты характеризуют БПМ III, а резкое опорожнение кишечника или потеря анального контроля психологически связано со смертью эго и моментом рождения. Хотя на ЛСД сеансах анальные проблемы разного рода довольно часты, фактическая бесконтрольная дефекация и манипуляция фекалиями происходили чрезвычайно редко; я встретил такие случаи лишь десять раз из более 5000 рассмотренных мной ЛСД сеансов. Это скорее является результатом культурного программирования и терапевтической техники, чем клинической реальностью. Наше табу на фекалии значительно сильнее, чем на мочу, и частое нежелание клиента и ситтеров сталкиваться с последствиями потери анального контроля—это фактор, который тоже не следует недооценивать. Я ретроспективно понял, что многие годы мы обсуждали с ЛСД кандидатами вероятность потери контроля над мочевым пузырем и пытались развеять их

сомнения на этот счет; но при этом никогда не давалось похожее уверение насчет дефекации. В 1972 я наблюдал драматичное улучшение у пациента с мощным обсессивно-компульсивным неврозом, который не поддавался классическому психоанализу восемнадцать лет; оно произошло на ЛСД сеансе, где он потерял контроль над кишечником, и в состоянии глубокой регрессии несколько часов играл со своими фекалиями. Это прояснило для меня некоторые факторы, которые могут быть ответственными за наши хронические терапевтические неудачи с пациентами с сильными обсессивно-компульсивными неврозами. Если проблемы анальной природы продолжают происходить в ходе ЛСД терапии, пациента нужно побудить оставить взрослые предрассудки и позволить себе отключить контроль, если это потребуется во время переживания. Как и в случае мочеиспускания, резиновые штаны могут значительно помочь психологически, как пациенту, так и ситтерам.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДЕЙСТВИЯ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ

ЛСД психотерапия подразумевает активацию глубокого бессознательного материала, его экстериоризацию и сознательную интеграцию. Хотя ЛСД сеансы представляют наиболее драматичный аспект этого метода лечения и в идеале формируют относительно завершённый психологический гештальт, психоделическая терапия это непрерывный процесс раскрытия, который включает в себя и динамику свободных интервалов между сеансами. В рамках ЛСД серии обычно невозможно установить четкие границы между сеансами и предшествующими и последующими событиями. Динамическое раскрытие различных управляющих систем бессознательного в более или менее мягкой форме продолжается ещё долго после прекращения фактического фармакологического эффекта препарата. Очень убедительной иллюстрацией этого процесса являются сны. Содержание сновидений, похоже, формирует континуум с содержанием психоделических сеансов. Очень часто сны до сеанса предсказывают содержание ЛСД переживания, а сны после сеанса являются попытками завершить оставшиеся незавершёнными гештальты и глубже раскрыть проявившийся материал.

Хотя интернализация ЛСД сеансов и активная психологическая работа в завершающие периоды могут значительно помочь интеграции материала, никогда нет гарантии, что все психологические гештальты будут завершены к моменту окончания фармакологического действия ЛСД. Риск того, что интеграция сеанса будет неполной и приведет к настоящим клиническим осложнениям, видимо, прямо пропорционален степени исходных эмоциональных проблем субъекта и негативных обстоятельств сеанса, которые помешали полноценной интроспективной работе. Крайними примерами будет усиление исходных симптомов, появление новых форм психопатологии, продление эффектов, психотические срывы и возвращение ЛСД симптомов впоследствии («флэшбэки»). Во всем этом нужно видеть нормальные феномены, являющиеся частью динамического разворачивания процесса раскрытия, и представляющие собой рассчитанные риски ЛСД психотерапии.

Некоторые из журналов, обсуждая возможные механизмы этих осложнений, рассматривали вероятность фактического присутствия в мозге определенных количеств ЛСД в течение неопределенных периодов времени. Это объяснение несовместимо с базовыми принципами фармакологии, а также с конкретными лабораторными данными о метаболизме и выведении ЛСД из организма. Согласно им, препарат покидает мозг ко времени кульминации психоделического переживания. Похоже, существует достаточно клинических свидетельств того, что неблагоприятные последствия ЛСД сеансов отражают глубокую, фундаментальную динамику бессознательных процессов и должны пониматься и восприниматься именно в этом контексте.

Психопатологические симптомы, которые могут проявиться в результате не полностью разрешенного ЛСД сеанса, покрывают очень широкий спектр. В сущности, любой аспект активированной динамической матрицы или специфического бессознательного материала, оставшийся неразрешенным, может сохраняться после сеанса в течение неопределенного времени или возвращаться позднее. Чаще всего это различные эмоциональные состояния наподобие депрессии, чувства неполноценности, суицидальных чувств, эмоциональной

неустойчивости или несдержанности, чувства одиночества, тревоги, вины, параноидных чувств, агрессивного напряжения или маниакального восторга. Психосоматические симптомы, которые могут произойти в этом контексте, включают тошноту и рвоту, трудности с дыханием, психогенный кашель или хрип, сердечнососудистые нарушения, запор или диарея, головные боли и боль в разных частях тела, вспышки холода и жара, усиленное потение, ощущения «похмелья», простудные симптомы, повышенное выделение слюны, кожные высыпания и разные психомоторные проявления вроде общей угнетенности или возбуждения, мышечных треморов, рывков и толчков. Активированный и неразрешенный бессознательный гештальт также может специфически влиять на мыслительные процессы субъекта. Определенные способы мышления на такие темы, как секс, мужчины, женщины, брак и власть или философские размышления о смысле существования, роли религии в жизни, о страданиях, несправедливости и многих других проблемах— всё это может быть прямым отражением бессознательного материала. Твердые мнения, суждения и системы ценностей в разных областях могут разительно меняться, когда завершается прежде незавершенный бессознательный гештальт.

Различные перцептуальные изменения после неразрешенных сеансов случаются реже. Ещё долго после окончания фармакологического эффекта препарата пациент может сообщать об аномалиях в восприятии цвета, затуманенности зрения, остаточных изображениях, спонтанных образах, изменениях образа тела, интенсификации слуха, звоне в ушах или различных странных физических ощущениях. Порой различные комбинации данных эмоциональных, психосоматических, мыслительных и перцептуальных изменений образуют совершенно новые клинические синдромы, которые пациент никогда раньше не испытывал. Появление новых форм психопатологии можно понимать, как результат активации и экстерииоризации содержания ранее латентных бессознательных матриц. Эти симптомы обычно исчезают сразу же, как лежащий в их основе материал полностью прожит и интегрирован.

Общая природа и специфические характеристики неблагоприятных последствий ЛСД сеансов зависят от активированного уровня бессознательного и от конкретного содержания вовлеченной матрицы. Активный и неразрешенный материал, будь он по природе психодинамическим, перинатальным или трансперсональным, будет особым образом влиять на восприятие субъектом себя и мира, на эмоциональные реакции, мыслительные процессы и поведенческие паттерны. Клинические симптомы, психогенетически связанные с активированной функциональной системой, могут сохраняться днями или неделями или даже на неограниченные периоды времени. Иногда неприятные последствия сеансов ограничиваются акцентуацией и усилением исходных эмоциональных, психосоматических или межличностных проблем пациента. В других случаях послесеансовые трудности представляют собой возврат симптомов, которые он или она испытывали в детстве, подростковом возрасте или в более поздние периоды жизни. Ещё бывает, что неблагоприятные последствия состоят в повторении ситуации, которая ознаменовала начало проявления невротических или психотических симптомов субъекта; это верно не только в плане клинических симптомов, но также и для определенных межличностных паттернов.

Хотя бы кратко здесь нужно упомянуть один механизм предельной важности. Выше мы описывали, как активированная динамическая матрица определяет природу переживаний пациента и специфические способы восприятия окружающей обстановки. Это довольно часто связано с мощной тенденцией экстерииоризировать содержание бессознательного материала и разыгрывать его копию в лечебной ситуации, а также в повседневной жизни. Если мы тщательно проанализируем психодинамику этого явления, то обнаружим очень интересный механизм, который можно описать, как непереносимость эмоционально-когнитивного диссонанса. Видимо, очень трудно и неприятно испытывать глубокое несоответствие между своими внутренними чувствами и ощущениями и природой событий внешнего мира, каковыми они когнитивно интерпретируются. Кажется гораздо более приемлемым испытывать различные неприятные эмоции так, будто это реакции, подходящие или хотя бы

соответствующие существующим в объективной реальности обстоятельствам, чем воспринимать их неадекватными и абсурдными элементами, приходящими изнутри.

Таким образом, иррациональные тревожные чувства и ощущение угрозы, происходящие из бессознательного, могут привести к маневрам, направленным на провокацию враждебности в терапевте, супруге или работодателе. Когда маневры достигают своей цели, прежде неадекватные чувства тревоги принимают форму конкретных и понятных страхов потери поддержки терапевта и прерывания лечения, опасений разрушения брака, либо безосновательной боязни потерять статус или работу. В более интенсивных формах такой страх может граничить с угрозой жизни, пациент может отыскивать опасные ситуации в действиях вроде опасного вождения, прыжков с парашютом, прогулках в опасных районах или посещения баров и ночных клубов сомнительной репутации. Похожим образом, ЛСД пациент, охваченный глубоким иррациональным чувством вины, может вести себя крайне неприемлемым образом, нарушать базовые правила терапии или пытаться обидеть, травмировать или вербально атаковать терапевта. Он или она также может и в повседневной жизни делать очень нежелательные и провоцирующие вину вещи. В результате этого прежнее чувство вины может быть рационализировано, так как привязывается к реальным внешним событиям и кажется конгруэнтным объективной ситуации. Всё это лишь некоторые конкретные примеры очень распространенных механизмов, которые могут представлять значительные трудности в терапевтической ситуации, как и в повседневной жизни пациента. Для успешного течения психоделической терапии совершенно необходимо, чтобы терапевт был знаком с этим явлением и был способен с ним успешно справиться.

Изменения, вызванные активацией СКО, обычно не особо драматичны и остаются в пределах разных невротических и психосоматических проявлений, если только активированный слой не связан с очень ранним детством и/или его эмоциональный заряд не является громадным. Когда важная СКО активировалась и осталась неразрешенной, субъект в период после сеанса испытывает усиление связанных с этой СКО клинических симптомов и воспринимает окружение со специфическими искажениями, отражающими её содержание. К тому же, он или она может проявлять тенденцию экстерниоризировать в лечебной ситуации или в повседневной жизни общую тему СКО или определенные черты одного из её слоёв. Он или она может демонстрировать своеобразные идиосинкразии и чрезмерно реагировать на определенные обстоятельства. Поведение субъектов в этих обстоятельствах может включать сложные психологические маневры, направленные на вызов у участников их межличностных отношений определенные ответные реакции. Внешние ситуации, становящиеся результатом такого взаимодействия, являются приблизительными копиями исходных травмирующих событий, оставшихся неразрешенными на прошлых сеансах. Так как этот раздел посвящен осложнениям ЛСД терапии, мы, естественно, обсуждаем активацию негативных СКО. Однако в этой связи важно подчеркнуть, что активация позитивных СКО может по такому же принципу вести к мощным положительным последствиям.

Когда неблагоприятные последствия происходят из неполного разрешения СКО, их общая природа и специфическое содержание может быть понято, когда бессознательный материал становится полностью доступным. Базовые характеристики вовлеченных эмоциональных и межличностных проблем будут отражать общую тему СКО; конкретные детали будут обретать смысл с точки зрения отдельного слоя активированной СКО. Терапевт часто не сможет понять динамику проблемы, когда она возникнет, и ему придется подождать, пока на поверхности не покажется лежащий в её основе бессознательный материал, и гештальт не будет завершен. Однако опытный ЛСД терапевт не всегда зависит лишь от ретроспективного понимания. Во многих случаях природу переживаемого материала можно предположить хотя бы в общих чертах, исходя из специфических черт негативной реакции. Многие вышеописанные моменты можно проиллюстрировать следующим клиническим примером:

Том, 26-летний исключенный студент, был принят в программу ЛСД терапии с серьезным импульсивным неврозом с периодическими побегами из дома, бродяжничеством и

сильным злоупотреблением алкоголем и разными лекарствами (дромомания, диспомания и токсикомания). Его поведение во время этих эпизодов включало множество явно антисоциальных элементов. Он обычно не платил в ресторанах и гостиницах: он либо сбегал, не оплатив счет, либо оставлял несколько личных вещей в качестве гарантии того, что позже заплатит. Иногда он воровал деньги и разные предметы у родственников, друзей или незнакомцев, чтобы покрыть свои расходы. Он ночевал в лесах, парках и на железнодорожных станциях и грубо пренебрегал своей личной гигиеной. Тома направили на ЛСД программу после двух лет безуспешной терапии конвенциональными методами. Некоторые из его прежних психиатров диагностировали у него шизофрению, и в истории его лечения было несколько инсулиновых ком.

Первые двадцать шесть его ЛСД сеансов протекали необычайно монотонно. Он испытывал тревогу, иногда переходящую в панику, и показывал значительное возбуждение, связанное с многочисленными мышечными подергиваниями и треморами. Это сопровождалось постоянными видениями бледного, гримасничающего женского лица. В последующих сеансах к содержанию этих переживаний добавился ещё один элемент. Каждый раз, как он слышал слив воды в ближайшей уборной, его одолевал гнев, и ему было очень трудно контролировать свою агрессию. Он также не выносил даже недолгого присутствия терапевта или медсестры женского пола, реагируя на них раздражением и грубыми вербальными атаками. Видения бледного женского лица теперь дополнялись образами, связанными с водой. В этом контексте разные опасные ситуации, связанные с морями, озерами и реками, перемежались с отважными моряками и водными жителями, символизирующими власть над стихией воды.

В это время проблемы Тома в свободные интервалы между ЛСД сеансами граничили с психозом. Он испытывал приступы немотивированной панической тревоги и испытывал сильную ненависть к женщинам. Его идиосинкразия в отношении бегущей воды продолжалась, и он почти физически атаковал каждого, кто открывал кран. Поведение Тома приводило к многочисленным конфликтам с другими пациентами и медсестрами, так как он провоцировал враждебность своей нетерпимостью, безрассудством и агрессией. Он выглядел взбудораженным и проявлял ряд невольных моторных феноменов, особенно мощные рывки.

Через несколько сеансов в видениях, сопровождавших ЛСД переживания Тома, появились новые элементы. Поначалу их содержание было довольно озадачивающим и неясным. Перед его взором быстро проносились разные тривиальные объекты, связанные с купанием в ванне: душевые шланги, водопроводные краны, мыло, узоры полотенец, мочалки, щетки и игрушки для купания. Безобидная природа этих видений казалась очень неконгруэнтной интенсивности сопровождавших их тревоги и мощных моторных выплесков. Том был очень недоволен этими сеансами и считал их бессмысленными; он называл свои переживания «безумной неразберихой», «мешаниной» или «хаосом». Все эти бессвязные переживания внезапно обрели смысл, когда Том сложным образом повторно пережил определенные травматические воспоминания своего раннего детства. Когда ему было около двух-трех лет, у него была эмоционально нестабильная сиделка, которая в итоге оказалась психотиком. Она жестоко обращалась с ним и пугала его очень садистскими способами, особенно во время купания. Достоверность воспоминаний Тома потом подтвердила его мачеха; она уволила няньку, когда обнаружила, как та плохо обращалась с ребенком. После полного и трудного повторного проживания этих травматических воспоминаний большая часть вышеописанных элементов исчезла из сеансов Тома. Однако тревога и мышечные рывки остались вопреки тому, что они казались принадлежавшими травматическому воспоминанию, связанному с няней. В этом месте тревога на ЛСД сеансах Тома стала гораздо более примитивной и стихийной; Рывки теперь казались связанными с очень неприятными вкусами и оральными ощущениями. Это постепенно перешло в повторное переживание ощущений из раннего детства, связанных с применением к слизистым оболочкам рта различных дезинфицирующих средств, когда он болел микозом. Мышечные подергивания были особенно сильными у головы и шеи Тома, и он определил их, как попытки избежать этого медицинского вмешательства. В интервалах между

сеансами Том демонстрировал сильное негативное отношение к больницам и медицине; он критиковал и высмеивал медицинские аспекты наших лечебных процедур и протестовал против них.

На этой стадии к его тревоге добавились сильный голод и жажда, чувства холода и эмоциональной депривации. На своих ЛСД сеансах он теперь повторно проживал травматические моменты из больницы, где его держали первые семь месяцев жизни. При этом он жаждал присутствия женщин и физического контакта с ними и просил находиться рядом терапевтов женского пола и медсестер—людей, которых он раньше не мог терпеть. В этом контексте, похоже, они компенсировали фрустрацию и эмоциональную депривацию, которую он испытывал в больнице, где поверхностные профессиональные подходы не могли удовлетворить его младенческие потребности. В свободных интервалах между сеансами Том был охвачен потребностью найти идеальную женщину; его депрессия усиливалась, и он испытывал непреодолимую потребность употреблять огромные количества алкоголя и различных наркотиков.

Когда Том стал повторно проживать свое трудное рождение, во время которого его мать умерла, и его самого еле спасли, он обнаружил, что на самом деле, многие его симптомы коренились на перинатальном уровне. Его паническая тревога, агрессия, вина и огромное напряжение внезапно оказались производными его травмы рождения. Теперь он понимал, что мощные мышечные рывки и толчки являются запоздалой разрядкой сдерживаемых энергий, связанных с «гидравлическими» аспектами рождения. Поведение тома в период родовых сеансов было импульсивным, жестоким и беспорядочным; оно характеризовалось отыгрыванием странных амбивалентных тенденций и конфликтов между зависимостью и независимостью. Немалая их часть переживалась в контексте отношений переноса; по конвенциональным стандартам поведение Тома назвали бы психотическим.

В своем шестьдесят пятом психолитическом сеансе Том, похоже, завершил процесс рождения и испытал свое первое трансцендентальное переживание, за которым последовало значительное, но непродолжительное улучшение. Потребовалось ещё шесть сеансов и несколько месяцев нестабильного клинического состояния перед тем, как он вновь обрел равновесие. В следующие за ЛСД терапией годы Тому не требовалась госпитализация, и он не зависел от психиатрической помощи. Он женился и был в состоянии работать и заботиться о двух своих детях.

Иногда с виду странные ощущения, эмоции и мысли, происходящие в контексте последствий ЛСД, можно естественно и логически объяснить, когда субъект открывает и определяет лежащий в их основе бессознательный материал. Страх пациента мужского пола, что его пенис уменьшается, можно таким образом проследить до эмоциональной фиксации на образе тела, соответствующем возрасту незавершенного детского воспоминания. Также, у пациента-женщины, психологически находящейся в активированном воспоминании допубертатного периода, из образа тела может исчезнуть осознание груди. А при эмоциональном соединении с ранними младенческими воспоминаниями у неё может развиться убежденность, что у неё выпадают волосы. Наивное и ребяческое восприятие окружения, необоснованные страхи, повышенные потребности зависимости или сомнения насчет контроля мочевого пузыря или сфинктера—вот другие примеры из этой категории. Особый интерес для психосоматической и душевной медицины представляют случаи, когда в ходе ЛСД сеанса проблема, казавшаяся соматической, оказывается составной частью травматического воспоминания из детства. Ввиду особой клинической важности этого явления я проиллюстрирую его несколькими примерами.

Рената, пациент, страдавший от сильной канцерофобии, повторно пережила в одном из сеансов сексуальный эпизод, который предположительно произошел, когда ей было четыре года. В этой сцене её отчим лежал в постели, и она залезла к нему под одеяло в надежде, что он приласкает её. Во время игры он постепенно направил её к своей генитальной области и использовал ситуацию для своего сексуального удовольствия. Обнаружение его эрегированного пениса было очень волнующим и пугающим аспектом этой ситуации. Во

время повторного переживая части этого эпизода, в котором её предплечье было наиболее важной областью контакта с телом отчима, у неё произошла сильная очаговая инфильтрация и покраснение кожи. На моих глазах в течение нескольких минут эта зона достигла состояния обувной кожи; она стала толстой, твердой и покрылась выступившей сыпью. Это состояние, которое диагностировалось дерматологом-консультантом, как экзема, сохранялось в течение десяти дней до следующего ЛСД сеанса. Когда травмирующее воспоминание было полностью пережито и интегрировано, «экзема» исчезла в течение нескольких часов.

В другом сеансе Рената повторно прожила детскую сцену, в которой она упала с коньков на лед и сильно ударилась головой и коленом. Во время последующей недели она испытывала сильную боль в «поврежденных» частях тела. Она не могла повернуть голову, сильно хромала, и её правая нога оставалась в характерном защитном положении. Все эти феномены исчезли после полного проживания того случая.

Другой интересный пример похожего рода наблюдался в ЛСД терапии Даны, пациента со сложными невротическими проблемами. В одном из своих сеансов она начала повторное проживание травматического эпизода, случившегося, когда у неё был тяжелый бронхит. В этом контексте она вдруг начала проявлять все типичные для бронхита симптомы. Эти симптомы сохранялись даже после окончания фармакологического действия ЛСД; в течение следующей недели она продолжала сильно кашлять и жаловалась на сильную боль в груди. Врач-консультант диагностировал у неё бронхит на основании повышенной температуры, характерных хрипов во время стетоскопической проверки, кашля и появления густой мокроты. Единственными признаками, отличавшими это состояние от настоящего бронхита, были его внезапное возникновение во время начала проявления травматического воспоминания и такое же резкое исчезновение во время завершения психологического гештальта.

Управляющее влияние активированных БПМ в послесеансовые периоды обычно гораздо более драматично, и его практическая и теоретическая важность очень велика. Если субъект находился под сильным влиянием одной из этих матриц к моменту завершения фармакологического действия препарата, он или она могут испытывать её влияние в смягченной форме в течение дней, недель или даже месяцев. Если активирован уровень негативной матрицы, отдельные осложнения, следующие за сеансом, могут достигать психотических пропорций. Последствия очень разные для каждой из перинатальных матриц.

Когда завершающий период ЛСД сеанса управляется БПМ II, и субъект остается под её влиянием, послесеансовый интервал характеризуется глубокой депрессией. В этой ситуации индивидов беспокоят очень неприятные чувства, мысли и физические ощущения. У них есть доступ только к неприятным воспоминаниям, и они неспособны увидеть никакие позитивные элементы во всей своей жизни. Видимо, в их размышлениях о прошлом доминируют вина, неполноценность и стыд. Нынешняя жизнь представляется им невыносимой и полной неразрешимых проблем; они не видят никакой перспективы, и будущее кажется таким же безнадежным. Жизнь лишена всякого смысла, и нет никакой возможности чему-то радоваться. Мир воспринимается угрожающим, зловещим, гнетущим и бесцветным. В этой ситуации нередко суицидальная идеация; она обычно принимает форму желания уснуть или потерять сознание, всё забыть и никогда не просыпаться. Люди в этом состоянии фантазируют о передозировке снотворного или наркотиков, принятии смертельных доз алкоголя, вдыхании бытового газа, утоплении в глубокой воде или замерзании в снегу (первый тип суицида). Типичные физические симптомы, сопровождающие это состояние, это головные боли, сдавленность в груди, трудности с дыханием, различные сердечные жалобы, звон в ушах, тяжелые запоры, потеря аппетита и полное отсутствие интереса к сексу. Также часты чувства истощения и усталости, сонливости и вялости и тенденция проводить весь день в постели или в темной комнате.

Завершение ЛСД сеанса под влиянием БПМ III результирует в чувства сильного агрессивного напряжения, часто связанного с сильным, но неясным предчувствием и ожиданием катастрофы. Субъекты в этом состоянии сравнивают себя с «бомбой замедленного действия», готовой взорваться в любую минуту. Они колеблются между своими

разрушительными и саморазрушительными импульсами и бояться, что могут навредить другим или себе. Типична высокая степень раздражительности и склонность провоцировать насильственные конфликты. Мир воспринимается, как опасное и непредсказуемое место, где постоянно надо быть начеку и готовым к битве и борьбе за выживание. Болезненное осознание своих реальных или выдуманных препятствий и ограничений сочетается с чрезмерными амбициями и попытками самоутвердиться. По контрасту с подавленной и бесслезной депрессией, связанной с БПМ II, здесь клиническая картина может принимать форму ажитированной депрессии, сопровождающейся эмоциональной несдержанностью и психомоторным возбуждением. Суицидальные мысли, фантазии и тенденции довольно часты и следуют отличной от описанной для БПМ II модели. Индивиды в этом состоянии обдумывают кровавые и жестокие самоубийства: броситься под поезд, выпрыгнуть из окна или с обрыва, сделать харакири или застрелиться (суицид второго типа). Из суицидальных фантазий данного контекста не содержат крови только связанные с самоудушением или повешением. Похоже, это отражает тот факт, что на финальных стадиях родов часто испытывается удушье. С этим синдромом связаны следующие типичные физические симптомы: сильное мышечное напряжение, часто приводящее к треморам, рывкам и подергиваниям, давящие головные боли, боли в разных других частях тела, тошнота с периодической рвотой, усиление кишечной активности и диарея, частое мочеиспускание или уретральные спазмы и усиленное потение. Характерным проявлением в сексуальной области будет чрезмерное усиление полового желания, при котором даже повторные оргазмы не приносят удовлетворительной разрядки. У субъектов мужского пола это усиление сексуального напряжения иногда связано с импотенцией [2] и преждевременным семяизвержением; у женщин—с невозможностью достичь сексуального оргазма, предменструальным эмоциональным волнением, дисменореей и болезненными генитальными судорогами во время полового акта (вагинизм).

Субъекты, ЛСД сеанс которых завершается под влиянием БПМ IV, составляют совсем иную картину. Наиболее примечательный аспект этого состояния это драматичное ослабление или даже исчезновение эмоциональных проблем всех видов. Индивиды чувствуют, что оставили прошлое позади и теперь способны начать совершенно новую главу своей жизни. Волнующие чувства свободы от беспокойства, депрессии и вины сопровождаются глубокой физической релаксацией и чувством идеальной работы всех физиологических процессов. Жизнь кажется простой и захватывающей, и индивид ощущает необычайное богатство ощущений и сильную радость.

Что до БПМ I, то индивид может остаться под влиянием её позитивных или негативных аспектов. В первом случае послесеансовый период похож на описанный для БПМ IV. Однако все вовлеченные чувства гораздо более глубоки и имеют религиозный или мистический оттенок. Субъекты открывают новые измерения мира и Вселенной, ярко ощущают себя неотъемлемой частью творения и склонны воспринимать обычные вещи и действия повседневной жизни (такие, как еда, прогулки на природе, игры с детьми или сексуальное взаимодействие) проявлениями божественного. Переживание космического единства имеет необыкновенный терапевтический потенциал и может иметь устойчивые позитивные последствия для индивида.

Если субъект после ЛСД сеанса остается под влиянием негативных аспектов БПМ I или негативных трансперсональных матриц, он или она испытывает разные формы и степени эмоциональных и физических страданий, связанных с нарушением понятийного мышления. Эти трудности обычно интерпретируются в метафизических рамках—в духовных, оккультных, мистических или религиозных понятиях. Эти неприятные состояния приписываются злым силам судьбы, «плохой карме», пагубным астрологическим или космобиологическим влияниям или всяким злым духовным существам. В крайних случаях это состояние может достигать психотических пропорций. После того, как индивид прорабатывает и интегрирует переживание, он или она вырабатывает более неопределенный и метафорический подход к таким необычным интерпретациям.

Отдельно обсудить нужно четыре главных осложнения ЛСД сеансов большой практической важности: *активация исходных симптомов, продление эффектов, психотические декомпенсации* и «флэшбэки». Их можно привести к общему знаменателю, а именно, ослаблению защитной системы и неполному разрешению бессознательного материала, который стал эмпирически доступен. Ослабление сопротивления наиболее очевидно в тех ситуациях, когда симптомы, которые уже были у субъекта, активируются и усиливаются после определенного ЛСД сеанса. В этом случае не произошло никаких важных сдвигов; матрица, лежащая в основе проблемы, остается прежней, но её динамическое влияние ощущается сильнее, чем раньше. В случае продления эффектов рушится специфическая защитная система, но материал не проработан. Переживание в таком случае продолжается не из-за сохранения фармакологического действия ЛСД, а в результате эмоционального заряда высвобождаемого бессознательного материала. Проявляющаяся бессознательная тема на данный момент слишком энергетически заряжена и слишком близка к сознанию, чтобы можно было снова её подавить и скрыть, но незнакомый с психодинамикой процесса субъект обычно пытается помешать её полному проявлению и завершению.

Временную психотическую декомпенсацию после ЛСД сеанса можно считать особым видом продления эффектов. Она происходит, когда активированный и неразрешенный бессознательный материал является темой фундаментальной важности и содержит огромный эмоциональный заряд. Иногда это может быть сильная травма из раннего младенчества; однако в большинстве случаев такой эпизод связан с перинатальным материалом или какой-либо мощной негативной трансперсональной матрицей. Я никогда не наблюдал таких инцидентов после контролируемого ЛСД сеанса у людей, которые демонстрировали приемлемый уровень эмоциональной, межличностной и социальной адаптации до опыта. Для индивидов с серьезными психиатрическими проблемами, граничащими с психозами, или имевших в прошлом шизофренические эпизоды, нередки преходящие осложнения такой глубины.

Возврат ЛСД-подобных состояний через дни, недели или даже месяцы после фактического приема препарата получил широкую огласку и заслуживает особого внимания в данном контексте. Тщательное изучение психодинамики эффекта ЛСД за многие годы убедило меня, что эти эпизоды, известные, как «флэшбэки», имеют очень сходную основу с продлением эффектов и психотическими срывами, немедленно следующими за сеансом. Отличие в том, что здесь защитные механизмы достаточно сильны, чтобы перекрыть активированный и неразрешенный материал в завершающий период. Переживание кажется завершенным, но это так только на поверхности; результатом становится очень ненадежный динамический баланс между бессознательными силами и физиологическим сопротивлением, оказываемым им. По прошествии времени какие-то обстоятельства могут нарушить это проблематичное равновесие, и индивид начинает сознательно проживать незавершенный гештальт. Так как это продолжение начавшегося во время ЛСД переживания процесса, неинформированный субъект обычно будет скорее воспринимать это, как коварную, отсроченную атаку препарата, чем проявление его или её бессознательного. Менее критические эпизоды такого рода происходят в обстоятельствах, которые физиологически вызывают ослабление защит, к примеру, периоды между бодрствованием и сном (гипнагогическое и гипнопомпическое состояние), физическую усталость или депривацию сна. Более драматичные примеры обычно связаны с использованием препаратов вроде алкоголя, марихуаны и психостимуляторов, либо с различными заболеваниями и другими соматическими процессами. Иногда последующие психотерапевтические сеансы, особенно с применением техник, использующих гипервентиляцию, могут способствовать тому, что пациент считает «флэшбэком» ЛСД. Медитация и различные другие духовные практики или индивидуальные и групповые упражнения, используемые в центрах личностного роста, производят похожий эффект.

Вдобавок к данным факторам, имеющим общее катализирующее действие, механизм «флэшбэков» часто содержит элемент очень специфического психологического стресса. Этот

механизм настолько важен, что заслуживает особого упоминания. Мощные триггеры возврата ЛСД состояния это ситуации повседневной жизни, содержащие элементы, одинаковые или сходные с неразрешенной темой или матрицей. Примером этого был бы субъект, чей последний ЛСД сеанс, прошедший главным образом под влиянием БПМ II, не завершился удовлетворительным разрешением. В этих обстоятельствах забитое людьми, перегретое, плохо вентилируемое и шумное метро может вызвать ощущения, чрезвычайно близкое к базовым характеристикам ситуации «нет выхода». Вождение машины в час-пик на заполненной магистрали или использование переполненного лифта может иметь похожее действие. Все эти ситуации, таким образом, могут выступать в роли мощных проводников содержания второй БПМ.

Похожим образом, субъект, психологически находящийся в БПМ III, может иметь «флэшбэки» в результате просмотра фильма или телепрограммы с содержанием насилия, садизма и жестокости или вождения автомобиля на скорости, которая покажется опасной. Иногда запускающие стимулы приходят из внешнего мира, более или менее случайно и без активного участия субъекта. В других случаях субъект играет ключевую роль в создании в повседневной жизни ситуации, являющейся приблизительной копией неразрешенного травматического гештальта. Лежащий в основе таких ситуаций механизм уже детально обсуждался раньше. Так как этот процесс обычно включает межличностные паттерны и внешние обстоятельства, ему требуется некоторое время для достижения критических размеров. Необходимый для такого развития период объясняет часто большой промежуток между лекарственным переживанием и «возвратом». Примерами этого механизма будут: воссоздание для себя в повседневной жизни ситуации «нет выхода», искажение сексуальных отношений элементами третьей перинатальной матрицы, разыгрывание неразрешенной связанной с отцом проблемы в обычном взаимодействии с работодателем.

Понимание того, что неблагоприятные последствия ЛСД сеансов являются объяснимым и оправданным явлением, отражающим базовую психодинамику бессознательного, а не своенравными побочными эффектами фармакологического действия странного и непредсказуемого вещества, позволяет выработать общую стратегию и определенные специальные техники по их предупреждению и терапии.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ

Периодическая активация бессознательного материала, связанная с разными видами и степенями эмоционального и психосоматического дискомфорта это часть любого процесса раскрытия. Примеры этого иногда наблюдались даже в течение консервативного и традиционного психоаналитического лечения, а также часто встречаются в разных видах эмпирической психотерапии (нео-райхианская работа, первичная терапия, гештальт практика, группы общения), где не используются психоактивные препараты. Драматичное усиление эмоциональных или психосоматических симптомов и межличностной неприспособленности указывает на то, что пациент приблизился к областям важных бессознательных проблем. В ЛСД терапии, которая значительно углубляет и усиливает все психологические процессы, этот механизм заметнее, чем в более консервативных формах терапии, но ни в коем случае не присущ только ей.

Понимание базовой динамики возникающих в ЛСД терапии осложнений абсолютно необходимо для их предупреждения и лечения. Важная часть этой работы должна быть сделана во время подготовки к первому ЛСД сеансу. Терапевт должен доходчиво объяснить пациенту, что усиление симптомов, глубокое эмоциональное потрясение и даже психосоматические проявления в течение ЛСД терапии не означают неудачу лечения, но являются закономерными и важными частями этого процесса. На самом деле, такие феномены часто происходят как раз перед значительным терапевтическим прорывом. Перед приемом препарата также важно сообщить, что вероятность этих осложнений можно значительно уменьшить постоянной интернализацией ЛСД сеансов. Для безопасной и эффективной психоделической терапии критическое значение имеет полное, не выборочное проживание

всего, что проявляется во время лекарственных сеансов, и поиск подходящих каналов для разрядки глубоких сдерживавшихся энергий. Также важно, чтобы пациенты понимали функцию и важность активной работы над неразрешенными вопросами в завершающий период. Объяснение обоснованных, базовых принципов и правил совместной работы повышает шансы хорошей интеграции сеансов и уменьшает вероятность продления эффектов или «флэшбэков».

Базовые принципы проведения ЛСД сеансов уже описывались и здесь будут только кратко обобщены. Пациент, убирающий с глаз повязку в попытке избежать столкновения с проявляющимся трудным эмоциональным материалом, вряд ли будет иметь мягкий и светлый завершающий период и должен быть готов к трудностям в интервале после сеанса. Похожим образом, нежелание хорошо поработать над неразрешенным материалом в завершающий период сеанса может затянуть процесс интеграции на несколько дней и потребовать временных затрат со стороны терапевта и пациента.

Даже если вышеизложенные требования исполняются, невозможно совершенно исключить последующее возникновение различных эмоциональных и психосоматических послезффектов. Психоделические переживания являются мощным вмешательством в динамику бессознательного, и их интеграция требует времени. Даже за хорошо разрешенным сеансом могут следовать запоздалые подъемы дополнительного бессознательного материала, потому что переживание могло убрать важный блок и дать доступ к новому материалу, который раньше успешно подавлялся.

В этой связи мне вспомнилось красивое и подходящее сравнение, которое использовал для описания этого процесса один из моих чешских пациентов. При лесосплаве иногда встречается ситуация, в которой бревна формируют барьер, мешающий потоку. Подход к этой ситуации обычно не в систематическом удалении каждого бревна, а в поиске того, что называется «ключевым бревном», которое и удерживает стратегическую позицию. Опытные лесорубы подплывают к загромождению против течения, находят ключевое бревно и убирают его при помощи крюка. После этого вмешательства бревна начинают двигаться, и в результате свободное течение реки восстанавливается. Этот процесс может занять дни или недели, но он становится возможным благодаря удалению серьезного блока. Похожим образом, ЛСД сеансы могут убрать динамические блоки из бессознательного; это открывает путь для эмоционального освобождения, хотя это занимает длительный период времени.

Для пациентов, которые получили хорошие инструкции и руководство, эти реакции обычно не представляют серьезных проблем. Они научены обращаться с необычными состояниями сознания и воспринимают их, как окна в свое бессознательное и возможности для самоисследования, а не как угрозы своему рассудку. Так как эмоциональный материал обычно стремится проявиться в гипнагогических и гипнопомпических периодах, нетрудно потратить немного времени и подходить к таким эпизодам, как к «микро-сеансам». Короткий период гипервентиляции может помочь активировать исходную проблему и способствовать её разрешению через более полное переживание и разрядку энергии. Этот подход гораздо предпочтительнее обычных попыток подавить и контролировать проявляющийся материал, которые мешают настоящему решению проблемы и отнимают у пациента много энергии. Часто трудные эмоции и физические симптомы могут исчезнуть после получаса интроспективной работы.

Эта ситуация сложнее, если материал так близок к поверхности, и его эмоциональный заряд так силен, что имеет тенденцию непредсказуемо проявляться в обстоятельствах повседневной жизни. В этом случае пациенту нужно порекомендовать организовать такие ситуации, где можно будет испытывать и выражать всё, что проявляется. Если это невозможно, нужно назначить обычные терапевтические сеансы и провести с помощью ситтеров систематическую раскрывающую работу над неразрешенными вопросами. В этой работе используются те же техники, которые описаны для завершающего периода ЛСД сеансов. После короткого эпизода гипервентиляции, который, как правило, неспецифически активизирует лежащую в основе ситуации эмоциональную структуру, ситтеры помогают

пациенту, усиливая физические ощущения и состояния, которые он или она уже испытывает. В зависимости от природы проблемы, для мобилизации и проработки незавершенных матриц можно использовать комбинацию биоэнергетических упражнений или другие неорайхианские подходы, гештальт-технику, психодраму, кататимное переживание образов и глубокий массаж. Во время работы может быть очень полезна стереофоническая музыка, особенно отрывки, игравшиеся на сеансе.

Если ЛСД терапия проводится в атмосфере терапевтического сообщества, может быть очень полезно привлечь к этой раскрывающей работе группу со-пациентов. Например, группа может очень убедительным образом разыгрывать переживания борьбы в родовом канале, атмосферу борьбы за жизнь или враждебную или хорошую матку. Иногда могут быть очень полезными побуждающие или успокаивающие звуки, производимые членами группы во время работы. Индивиды из этой группы также вызываются сами или назначаются пациентом или терапевтом для особых психодраматических ролей—замена матери, отца, брата или сестры, супруга, ребенка или работодателя. Этот подход эффективен не только для работы с неразрешенными гештальтами, но также оказывают мощный катализирующий эффект на участников. Нередко в этих обстоятельствах интенсивные переживания протагониста могут запустить ценные эмоциональные реакции у некоторых помощников. Материал и наблюдения из таких терапевтических событий может стать важным дополнением для последующих групповых сеансов. Опыт в роли помощника также имеет большое значение для самооценки членов группы и способствует ощущению собственной состоятельности. Коллективные усилия такого рода создают ощущение близости, интимности и единства, которое способствует социальной сплоченности и целительному потенциалу терапевтического сообщества.

В редких случаях неблагоприятные последствия очень сильны, пациенты потенциально опасны для окружающих и себя, и может потребоваться круглосуточно удерживать их в терапевтическом учреждении, пока реакция не утихнет. Медсестры и со-пациенты должны быть обучены принимать в этих ситуациях коллективную ответственность и постоянно помогать и наблюдать. Если немедикаментозная работа не приносит желательного результата, рекомендуется сократить свободный интервал и как можно скорее провести ещё один ЛСД сеанс, чтобы завершить незавершенный гештальт. Интервал меньше пяти-семи дней, как правило, уменьшает интенсивность и терапевтическую эффективность следующего сеанса из-за биологической толерантности, вызванной предыдущим приемом ЛСД.

В особо стойких случаях терапевт может решить использовать другие фармакологические вещества. Сильные или слабые транквилизаторы нужно исключить, потому что их действие противоречит базовой стратегии любого раскрывающего подхода, а особенно психоделической терапии. Подавляя процесс, затуманивая переживания и скрывая природу основной проблемы, они мешают её разрешению. В случаях, когда бессознательный материал близок к поверхности, но заблокирован барьером мощного психологического сопротивления, может быть полезно вдыхание Смеси Медуны (30% углекислого газа и 70% кислорода). Несколько ингаляций этой смеси могут вызвать краткую, но мощную активацию бессознательной матрицы и способствовать прорыву. Сеанс с Риталином (40-100 миллиграмм) иногда может помочь в интеграции материала предыдущего ЛСД сеанса. С успехом можно использовать психоделические препараты с определенным свойством привлекать позитивные динамические системы, а именно тетрагидроканнабиол (ТГК) или метилендиоксиамфетамин (МДА). Препарат, который подает большие надежды в этом случае, но который ещё недостаточно изучен, это кетамин (Кеталар). Это вещество, утвержденное для медицинских целей, использовавшееся хирургами для общей анестезии [3]. Эта анестезия не диссоциативного типа, она очень отличается от вызываемой конвенциональными анестетиками. Под влиянием кетамина сознание не уничтожается, а глубоко изменяется и кардинально перефокусируется. Вызывается состояние вне-тела, в котором пациент теряет контакт и интерес к объективной реальности и пускается в разные космические приключения—

настолько, что можно проводить хирургические операции. Оптимальные дозировки для психоделических целей относительно малы, 50-150 миллиграмм, это где-то одна двенадцатая или одна шестая от стандартной анестетической дозы. Психоактивный эффект даже этого низкого диапазона настолько силен, что катапультирует пациента из тупиковой точки последнего ЛСД сеанса и позволяет ему или ей достигнуть лучшего уровня интеграции. Этот подход следует изучать с индивидами, развившими долговременные психотические состояния в результате бесконтрольного экспериментирования с ЛСД.

СНОСКИ

1. Так как глубочайший уровень БПМ II включает переживания, описываемые многими религиями, как пребывание в аду, в этом месте можно сделать несколько ссылок на духовные системы. Ад во многих культурах определяется, как место бесконечных невыносимых пыток; это переживание вечного страдания. Элемент безнадежности это необходимый эмпирический атрибут ада; переживание огромной физической и эмоциональной боли, когда есть надежда на освобождение, это не ад, а чистилище. Кажется, ортодоксальная христианская теология сделала ту же ошибку, что и некоторые ЛСД субъекты, и спутала психологическое время с объективным. В духовных системах, имеющих более глубокое понимание сознания, вроде Индуизма и Буддизма, человек не вечно пребывает в аду или небесах; когда человек испытывает адские или райские состояния, то субъективно кажется, что они будут длиться всегда. Вечность не следует путать с бесконечно длинным периодом исторического времени. Это состояние, в котором линейное время эмпирически трансцендируется и останавливается.

2. Нужно в нескольких словах объяснить этот кажущийся парадокс. Согласно наблюдениям из ЛСД психотерапии, большинство случаев импотенции и фригидности основаны не на недостатке либидинального влечения, а на избытке вулканических инстинктивных энергий, связанных с БПМ III. Мешает половому акту именно бессознательный страх выпустить эти силы и потребность их контролировать. Когда эти чрезмерные энергии разряжаются в несексуальном контексте, они достигают того уровня интенсивности, с которой индивид может легко справиться в сексуальной ситуации.

Это понимание сексуальных нарушений подкрепляется клиническим наблюдением, что импотенция и фригидность в течение успешного лечения в этом направлении сменяются временной гиперсексуальностью.

3. В последние годы среди хирургов есть тренд использовать кетамин только с детьми и пожилыми людьми вопреки его биологической безопасности и особым преимуществам в качестве анестетика. Причина этого в возникновении определенных психологических состояний во время пробуждения, которое назвали «феномен выхода». Это отражает базовое незнание природы действия кетамина. Так как необычные, подобные психоделическим, переживания являются самой сутью действия кетамина, каждое применение этого препарата должно предваряться особыми инструкциями, которые дадут понять, что используется очень необычный вид анестетика.

6. ПРОТЕКАНИЕ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ

Изменения в содержании психоделических сеансов

Эмоциональные и психосоматические изменения в послесеансовых интервалах

Долговременные изменения в структуре личности, мировоззрении и иерархии базовых ценностей

Приведенное в этом разделе описание протекания ЛСД психотерапии во многом основано на наблюдениях, сделанных во время исследования, проведенного в 1960-1967 годах в пражском Институте Психиатрических Исследований. Это был клинический проект по исследованию потенциала ЛСД в диагностике личности и в качестве дополнения к психотерапии. На ранних фазах ориентация этого исследования была психолитической; однако в течение клинической работы с ЛСД были открыты и ассимилированы в лечебную

процедуру многие принципы, характерные для психоделического подхода. Наиболее важными из них были увеличение дозировки, интернализация процесса, использование музыки и признание терапевтического потенциала перинатальных и трансперсональных переживаний. Финальным результатом этого стал терапевтический метод использования ЛСД, описанный в этой книге.

Большинство субъектов в этом исследовании составляли психиатрические пациенты, хотя ЛСД сеансы вне терапевтического контекста проводились и с психиатрами, психологами, психиатрическими медсестрами, учеными различных дисциплин и художниками для обучения, новых идей и вдохновения. При выборе пациентов для этого проекта мы следовали трем основным критериям. Мы хотели, чтобы в исследовании были представлены все основные психиатрические диагнозы, чтобы определить показания и противопоказания к этой форме терапии и выяснить, имеет ли ЛСД процесс специфические характеристики, связанные с клиническим диагнозом и структурой личности. Было определенное стремление выбирать пациентов с тяжелыми хроническими и фиксированными эмоциональными нарушениями, длившимися много лет и не реагировавшими на конвенциональные терапии. Этот акцент, казалось, давал этическое оправдание для подвергания пациентов экспериментальному лечению при помощи нового, мощного и недостаточно изученного психоактивного препарата. Так как для исследования была необходима высококачественная обратная связь о психоделических переживаниях, мы стремились выбирать людей выше среднего уровня интеллектуального функционирования, с хорошим образованием и талантом к интроспекции.

Мы вели детальные записи каждого лекарственного опыта, а также интервалов между сеансами. Эти записи приходили из двух основных источников: самих пациентов и терапевтов, проводивших ЛСД сеансы. Иногда дополнительную информацию давали медсестры и со-пациенты, проводившие время с ЛСД субъектами в последние часы психоделического опыта. С помощью двух коллег, присоединившихся ко мне позже, я собирал записи серийных сеансов 54 пациентов. Дозировки колебались в пределах 150 и 450 мкг, а общее число ЛСД сеансов для пациента было между 15 и 103.

Так, в исследовании участвовали интеллектуальные пациенты с разными тяжелыми эмоциональными и психосоматическими нарушениями хронической и фиксированной природы. Среди состояний, которые мы лечили серийными ЛСД сеансами, были: подавленная и ажитированная депрессия, все формы психоневрозов, психосоматические болезни вроде астмы, псориаза и мигреней, различные сексуальные дисфункции и девиации, алкоголизм и наркозависимость, нарушения личности, пограничные психотические состояния и несколько пациентов с явными шизофреническими симптомами. Позже, когда я проводил психоделическое исследование в Мерилендском Центре Психиатрических Исследований в Балтиморе, у меня также была возможность проводить серийные ЛСД сеансы с раковыми пациентами. Разнообразие субъектов и обстоятельств позволило сделать общие выводы насчет естественного протекания ЛСД психотерапии, а также терапевтические стратегии, которые могут благоприятно на него повлиять.

Сохранение детальных записей психоделических переживаний и интервалов между сеансами это очень важная часть ЛСД психотерапии. Это совершенно необходимо для исследовательских целей, если нужно сделать обобщенные выводы и использовать наблюдения в качестве основы для теоретических размышлений. Хорошие и детальные записи также чрезвычайно полезны в ежедневной клинической практике. Терапевт, лечащий большое количество пациентов в серийных ЛСД сеансах, обычно забывает многие детали, и даже сами пациенты не помнят всех мелочей их предыдущих психоделических переживаний. Иногда материал с гораздо более раннего сеанса неожиданно обретает новое значение в свете более поздних эпизодов; в этих обстоятельствах четкие записи могут быть весьма ценными. Это может стать даже более очевидным, если пациент документировал течение своей терапии рисунками и картинами.

Во время моего собственного исследования тщательное ретроспективное изучение ЛСД записей обнаружило много связей, которые я не заметил во время самого лечебного процесса,

охватывавшего периоды месяцев и лет. Пересматривая и воссоздавая отражаемое в записях раскрытие психоделического процесса каждого отдельного индивида, я смог заметить определенные повторяющиеся темы, периодически возникающие последовательности переживаний, важные подводные течения, типичные стадии и характерные переломные моменты. Это дало ценные инсайты о природе и течении ЛСД процедуры у определенных индивидов и позволило сделать сравнение с важными находками из похожих данных у других пациентов. В свою очередь, это привело к возникновению динамической картографии внутренних пространств, к которым открывал доступ ЛСД, и таким образом, расширило модель человеческого бессознательного. Также это пролило свет на базовые характеристики процесса трансформации, запускаемого повторным приемом препарата.

В следующем тексте мы детально обсудим процесс, разворачивающийся во время ЛСД терапии, сосредотачиваясь на трех его важных аспектах:

- a) Изменения в содержании психоделических сеансов
- b) Эмоциональные и психосоматические изменения в послесеансовых интервалах
- c) Долговременные изменения в структуре личности, мировоззрении и иерархии базовых ценностей.

ИЗМЕНЕНИЯ В СОДЕРЖАНИИ ПСИХОДЕЛИЧЕСКИХ СЕАНСОВ

В другом разделе книги мы описали абстрактные, психодинамические, перинатальные и трансперсональные явления— четыре основные категории возникающих на ЛСД сеансах переживаний. Устройство порождающих матриц этих эмпирических модальностей и их взаимосвязи запутанны и сложны. Их нельзя свести к какой-то линейной модели, и они лучше всего понимаются в холономных понятиях [1]. Поэтому не совсем корректно говорить о бессознательном как о статичном и называть некоторые его проявления более поверхностными, чем другие. Но в ежедневной клинической работе с ЛСД некоторые из этих феноменов обычно более доступны, чем другие, и в серийных психоделических сеансах они, как правило, проявляются в определенных характерных последовательностях.

В нескольких первых ЛСД сеансах, особенно если доза остается в пределах 100-150 мкг, обычно преобладают абстрактные переживания разного рода. С закрытыми глазами у большинства ЛСД субъектов возникают невероятно красочные и динамические видения геометрических конструкций, архитектурных форм, калейдоскопических изображений, магических фонтанов или фантастических фейерверков. Иногда всё это может принимать более сложную форму интерьеров гигантских храмов, нефов готических церквей, куполов огромных мечетей или украшений мавританских дворцов («арабески»). Когда глаза открыты, окружение кажется текучим или ритмично волнующимся. Цвета обычно яркие и резкие, цветовые контрасты гораздо сильнее обычного, и восприятие мира может напоминать различные направления современного искусства, включающие импрессионизм, кубизм, сюрреализм или сверхреализм. Иногда неодушевленные объекты описывают, как обретающие жизнь; в других случаях весь мир может казаться геометризированным и орнаментированным. Возможно, наиболее интересное перцептуальное явление здесь это оптические иллюзии. Разные обычные элементы окружения могут видаться превращенными в фантастических животных, гротескные лица или экзотические декорации. Хотя изменения восприятия наиболее поразительны в оптической области, они также могут включать слух, осязание, запахи и вкусы. Характерные явления на этой стадии это синестезии, при которых внешние стимулы отзываются не в тех сенсорных органах; так, ЛСД субъекты могут сообщать о таких необычных явлениях, как видение музыки, слышание боли или ощущение цветов на вкус.

Вышеперечисленные переживания, хотя они и привлекательны с эстетической и художественной точек зрения, похоже, не имеют особой значимости с точки зрения терапии, самоисследования и личностного роста. Наиболее важные аспекты этих переживаний можно объяснить в физиологических понятиях как результат химической стимуляции сенсорных органов и отражение их анатомической структуры и функциональных характеристик. Многие из них можно вызвать аноксией, гипервентиляцией, вдыханием углекислого газа и разными физическими способами вроде механического нажатия на глазные яблоки, электрической

стимуляции оптической системы и при помощи стробоскопического света или звуков разных частот. ЛСД субъекты иногда в этом контексте ссылаются на определенные явления повседневной жизни, которые напоминают некоторые из этих ощущений. Так, неисправный телевизионный экран может производить близкие подобия визуальных искажений или геометризаций изображения. Похожим образом, вызываемые ЛСД иллюзорные акустические изменения можно симулировать радиоприемником, принимающим шумы из промежуточных частот между станциями.

Видения геометрических моделей так часты в низкодозовых ЛСД сеансах новичков, что их изначально считали обычной и типичной реакцией на препарат. Однако они, как правило, исчезают из сеансов при повышении дозы или при повторении приема ЛСД. Это наблюдение нелегко объяснить. Есть вероятность, что они, на самом деле, являются повторением сенсорных феноменов, вызванных недостатком кислорода во время рождения, и таким образом, формируют самый поверхностный уровень воспоминаний о рождении. Их близость к третьей перинатальной матрице, кажется, указывает на это. Во избежание недопонимания важно подчеркнуть, что не все абстрактные и геометрические переживания на ЛСД сеансах принадлежат к этой категории. ЛСД субъекты могут иметь разные видения геометрической природы и на продвинутых трансперсональных сеансах. Эти два вида геометрических видений весьма различны, и их легко отличить друг от друга. Продвинутое геометрическое видение относится к особым формам микрокосма и макрокосма или представляет собой элементы духовной геометрии. Типичные видения из этой категории это атомные и молекулярные структуры, клеточные и тканевые элементы, раковины, пчелиные соты, цветы или разные универсальные символы и сложные мандалы. Богатое философское и духовное содержание этих явлений четко отличает их от описанных выше абстрактных и эстетических ощущений.

Иногда абстрактные сенсорные изменения могут принимать отчетливое эмоциональное качество и даже конкретное содержание. Они могут становиться резкими, опасными и агрессивными, темно-красного цвета, предполагающего несчастный случай, операцию, убийство или инцест. Их цвета могут становиться фекальными, сопровождаться чувствами отвращения или стыда. Некоторые другие формы и цвета абстрактных видений могут восприниматься, как похотливые и непристойные или очень чувственные, сексуально стимулирующие и соблазнительные. Похожим образом, теплые, мягкие и успокаивающие формы и цвета могут напоминать мир удовлетворенного младенца. Такие специфические качества видений всегда отражают глубокий эмоционально значимый биографический материал. То же верно и для перцептуальных изменений в других областях независимо от того, возникают ли они спонтанно или как специфические иллюзорные трансформации какого-то конкретного сенсорного стимула. Ощущения такого рода являются переходом от абстрактного к психодинамическому уровню.

В исследовании психолитической терапии в Праге у большинства пациентов на начальных стадиях ЛСД лечения были психодинамические и абстрактные элементы в разных комбинациях и пропорциях. С возрастом числа сеансов абстрактные явления вскоре исчезали из содержания психоделических переживаний, и процесс фокусировался на сложном биографическом самоисследовании. Определенные аспекты психодинамических сеансов представляют собой повторное проживание эмоционально значимых событий жизни индивида из раннего детства, последующей жизни или даже недавнего прошлого. Большинство других переживаний этого уровня можно определить, сразу или позже, как различные производные такого биографического материала. Расшифровка этих более сложных образований часто происходила спонтанно в течение ЛСД терапии, когда становилось возможным проследить их до источников. Однако так как эти психодинамические явления имеют сходную со снами структуру, их также можно анализировать разными техниками, используемыми для интерпретации сновидений.

Содержание и динамику ЛСД сеансов на этом уровне будет легче понять, если мы будем думать в понятиях особых скоплений памяти, СКО, которые были описаны раньше. Они помогают объяснить иначе озадачивающее наблюдение о том, что в серийных ЛСД сеансах

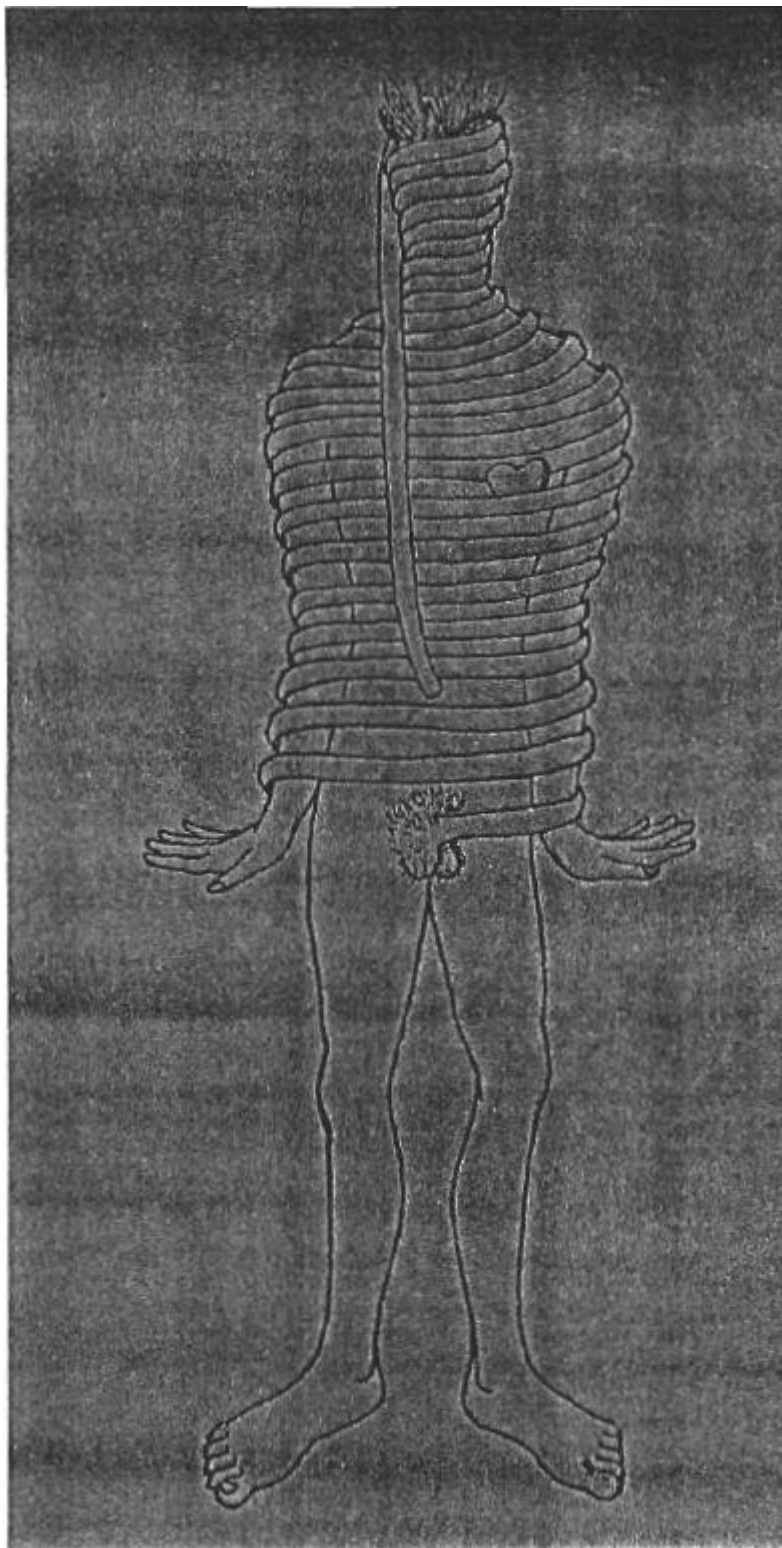
конкретное содержание, как правило, подвергается постоянным изменениям, хотя общая структура переживания, качество эмоций и сопутствующие психосоматические симптомы могут подолгу оставаться относительно неизменными. Это отражает тот факт, что у каждой СКО есть характеризующая её общая тема, но каждый исторический слой является конкретной и специфической версией этой темы, связанной со многими биографическими деталями. Когда раскрывается вся СКО, все последовательные изменения конкретного содержания сеансов (и соответствующие иллюзорные трансформации терапевта и обстановки) можно ретроспективно понять, как отражения её разных исторических уровней. С некоторым клиническим опытом также можно использовать знание СКО систем для предсказания примерной природы на самых глубоких слоях до того, как они фактически проявятся в ЛСД процесса. Как мы обсудили ранее, концепция СКО и вообще управляющих динамических систем особенно полезна в понимании осложнений приема ЛСД вроде продления эффектов или флэшбэков.

В нашем исследовании в Праге содержание психодинамических сеансов, по большому счету, развивалось от повторного проживания травматических воспоминаний психологической природы к воспоминаниям серьезных болезней, операций и несчастных случаев. Это должно пониматься в статистическом плане, как тенденция у большого числа пациентов; это не значит, что это развитие абсолютно линейно или что оно обязательно для каждого отдельного индивида или каждой лечебной ситуации. На определенной стадии своего ЛСД лечения многие пациенты перебирались от конфликтов, проблем и воспоминаний эмоционально значимых событий к повторному проживанию ситуаций, угрожавших их выживанию или целостности тела. Биологически опасные события и серьезные психологические травмы раннего младенчества, похоже, являются тематическим связующим звеном между биографическим уровнем и перинатальным уровнем бессознательного. Так как между этими двумя областями обычно есть значительная эмпирическая близость, переход может быть постепенным и почти незаметным. Так, многие ЛСД пациенты, проживавшие эпизоды утопления, дифтерии, коклюша, детской пневмонии или удаления миндалин, неожиданно обнаруживали, что часть боли, страха и удушья, которые, казалось, были связаны с этими биографическими событиями, на самом деле была частью травмы рождения. Похожим образом, другие пациенты, прорабатывавшие убийственный гнев, казавшийся связанным с ранними оральными проблемами, часто замечали, что часть огромной агрессии, которую они приписывали своей младенческой неудовлетворенности условиями ухода, на более глубоком уровне была связана с борьбой во время рождения. В перинатальном контексте напряжение и сжатие челюстей, характеризующее оральную агрессию, казалось естественной ситуацией на финальной стадии рождения, когда голова протискивается через сдавливающие стенки родового канала. Поэтому в некоторых предельных эмоциональных реакциях и психосоматических проявлениях, которые сам пациент связывает с разными детскими воспоминаниями, опытный ЛСД терапевт часто может заметить проявление перинатальных элементов.

По мере продолжения серий психоделических сеансов рано или поздно каждый ЛСД субъект преодолевал биографический этап и полностью перемещался в перинатальную область. Число необходимых для этого перехода сеансов сильно рознится от одного индивида к другому. По большому счету, в контексте психолитического исследования в Праге субъекты без серьезных эмоциональных проблем очень недолго работали с биографическим материалом и относительно быстро передвигались к проблемам смерти и перерождения, философским вопросам о смысле жизни и открытию духовных измерений существования. В отличие от них, психиатрическим пациентам с серьезными невротическими и психосоматическими проблемами требовалось 20-30 сеансов прежде, чем полностью войти в области процесса смерти-возрождения. Многие из них ретроспективно понимали, что задержка на психодинамическом уровне была, в сущности, защитной; они избегали гораздо более страшного перинатального материала. Эта позиция, конечно, поддерживалась и поощрялась исключительным акцентом на биографических данных, скрывавшимся в изначально

фрейдистской ориентации терапевтов. Необходимое для психодинамической работы время можно значительно сократить, если ситтеры знакомы с перинатальными и трансперсональными измерениями психоделического опыта и допускают их.

Когда пациенты полностью включаются в процесс смерти-возрождения, многие следующие ЛСД сеансы сосредотачиваются на перинатальном раскрытии, во всем его многообразии и нюансах. В наиболее общих чертах, этот процесс состоит из большого числа эмпирических последовательностей, включающих символизм индивидуальных перинатальных матриц. Нам не удалось выявить никаких универсальных шаблонов или закономерностей для порядка, в котором эти матрицы проявляются. У некоторых исключительных субъектов есть прямой эмпирический доступ к элементам БПМ I и трансперсональным явлениям перед столкновением с элементами негативных перинатальных матриц. Но гораздо чаще доступ к БПМ IV и I повышается по мере проработки ЛСД субъектами трудных аспектов БПМ II и III. Вообще, перинатальные последовательности происходят очень индивидуально: определяющие их факторы сложны и на данный момент недостаточно поняты. Похоже, большую важность в этой связи имеют природа и обстоятельства настоящего процесса биологического рождения и особые черты истории индивида, подкрепившие и усилившие определенные грани травмы рождения.



Сложное переживание, сочетающее чувства сдавливания с болезненными генитальными и пуповинными ощущениями. Оно иллюстрирует происхождение комплекса кастрации и его корни в травме рождения

Вдобавок к элементам, основанным на структуре личности субъекта, потенциальное или фактическое значение имеет ряд внешних факторов. Он включает личность терапевта, его или её общую ориентацию и терапевтический подход и элементы установки и обстановки в самом широком смысле. Разные несистематические наблюдения, кажется, указывают на потенциальную значимость сезонных влияний и календарных событий вроде дней рождения, важных годовщин, Рождества или Пасхи. Некоторые интересные ключи иногда можно найти в астрологической карте субъекта и в датах транзитов планет, и самой интересной областью для

будущих исследований могут оказаться возможные космобиологические детерминанты психоделических сеансов вообще и перинатального процесса в особенности. Когда ЛСД процедура, в основном, сосредоточена на перинатальном уровне, за один сеанс можно прожить несколько важных эпизодов, связанных с отдельными матрицами. Однако в каждой такой последовательности есть акцент на каком-то аспекте, грани или уровне главного эмпирического паттерна. В некоторых последовательностях, связанных с негативными матрицами, центральное внимание сосредоточено на эмоциональном качестве—депрессии, тревоге, вине, гневе, агрессии или отвращении. В других случаях акцент может быть на одном или нескольких психосоматических проявлениях: чувстве удушья, давлении на голову и тело, разных физических болях, разрядке напряжения в треморах, тошноте и рвоте или на сердечных трудностях. К тому же, каждая стадия перинатального процесса может переживаться на разных уровнях, от различных символических вариаций до последовательностей первобытной и стихийной природы и сокрушительных размеров.



Ужасы травмы рождения. Птицеподобные монстры нападают на беспомощный и уязвимый плод, подвешенный под маточным куполом за пуповину. Их гигантские когти и клювы символизируют разрушительные биологические силы рождения.

Богатство эмпирического содержания расширяется тем фактом, что процесс включает бесконечное разнообразие иллюстративного материала из биологии, зоологии, антропологии, истории, мифологии и религии. Эти элементы также прибавляются и к содержанию позитивных перинатальных матриц, эмоциональные и физиологические проявления которых гораздо проще и менее разнообразны, чем у негативных. По этим причинам психоделические сеансы, сосредоточенные на процессе смерти-возрождения, не только имеют большой

терапевтический потенциал, но и являются источниками бесценных научных, социополитических, философских и духовных идей.

Хотя у ЛСД субъектов может быть несколько эпизодов смерти и возрождения за один сеанс, обычно требуется много сеансов перед тем, как этот процесс будет завершен, и перинатальный материал полностью исчезнет из их содержания. Это согласуется с антропологическими наблюдениями не-западных культур, в которых мощные последовательности смерти и возрождения вызываются веществами или разными нелекарственными методами в контексте так называемых ритуалов перехода. Есть указания на то, что во второй половине жизни эпизоды необычных состояний сознания во время таких ритуалов становятся менее драматичными, и в них нет перинатальных элементов. Важным подтверждением этого можно считать описание сенойской культуры Килтоном Стюартом. По мере раскрытия перинатального процесса интенсивность негативных переживаний, как правило, возрастает, а следующие за ними чувства облегчения и освобождения становятся глубже и полнее.

Определенные аспекты перинатального процесса можно использовать, как примерные индикаторы его продвижения. Если ЛСД субъект проводит несколько последовательных сеансов в роли страдающей жертвы (беспомощной, безнадежной, с чувствами «нет-выхода»), это обычно значит, что он или она находится на начальных стадиях процесса. Повышение доступа к агрессивным чувствам и активная роль в переживаниях характерны для более продвинутых стадий процесса смерти-возрождения. Ранее упоминалось, что в контексте третьей перинатальной матрицы физическая и эмоциональная агония тесно переплетена с сильным сексуальным возбуждением. В результате этой связи, во время ЛСД терапии с использованием малых доз часть агонии рождения может разряжаться в форме череды оргазмов болезненной силы. Если в ЛСД процессе используются высокие дозы, повышение сексуального содержания в сеансах это важное указание на то, что перинатальный процесс приближается к финальной стадии. То же верно для близкого контакта с биологическими материалами вроде крови, слизи, фекалий, мочи и других зловонных субстанций. Другой типичный знак того, что процесс смерти-возрождения подходит к концу, это доминирование в переживаниях элемента огня в форме конкретных образов вулканов, термоядерных реакций, взрывов и пожаров, а особенно в более абстрактной и трансцендентальной форме очищающего и обновляющего огня (пирокатарсис).

В практике ЛСД психотерапии критически важно хорошо знать сопутствующие феномены эмпирического перехода от смерти к возрождению. Некоторые из состояний, с которыми ЛСД субъекту придется столкнуться в этом контексте, настолько невыносимы, что он или она могут быть не в состоянии справиться без постоянной поддержки и воодушевления со стороны хорошо знакомого с этой территорией ситтера. Если этого нет, отчаянное избегание пугающих аспектов критического перелома может стать долговременным препятствием или даже постоянным блоком для завершения перинатального процесса. Ожидание катастрофического глобального взрыва, сильнейшее удушье, чувство предстоящей потери сознания («затемнение»), чувство дезинтеграции тела и падение всех ориентиров—самые частые финальные препятствия, с которыми субъектам предстоит столкнуться в процессе смерти-возрождения.

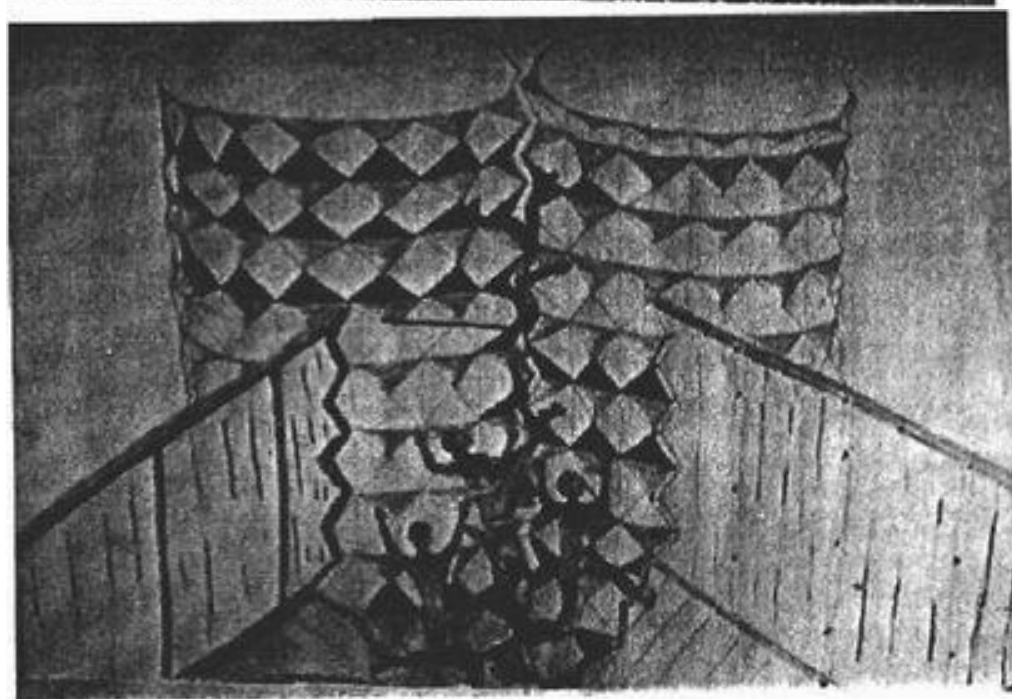
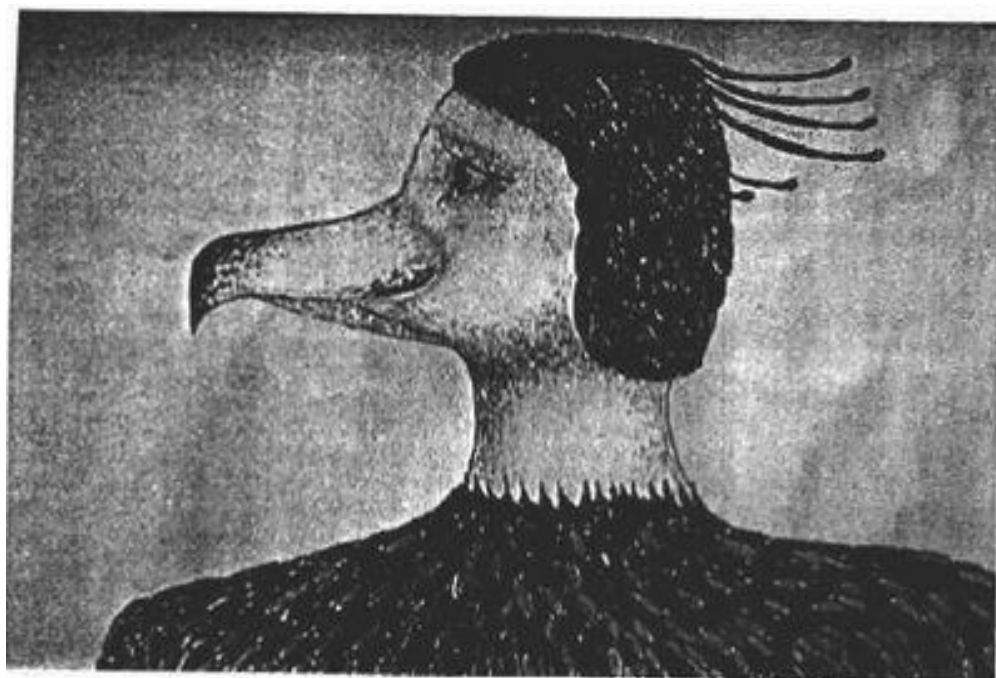
Перинатальные переживания занимают интересную позицию между биографически детерминированным индивидуальным бессознательным и трансперсональными областями коллективного бессознательного. Соотношение участия психодинамического или трансперсонального материала в перинатальных сеансах это ещё один важный индикатор прогресса. На ранних фазах есть отчетливый биографический оттенок; когда ЛСД субъекты работают с травматическими детскими воспоминаниями, переживание иногда углубляется до перинатальной последовательности. Позже основной акцент почти полностью смещается к содержанию перинатальных матриц, а психодинамические элементы обычно сводятся к периодическому повторному проживанию болезней, операций и несчастных случаев. В то же время, в сеансах всё больше представлены разные трансперсональные области, либо как

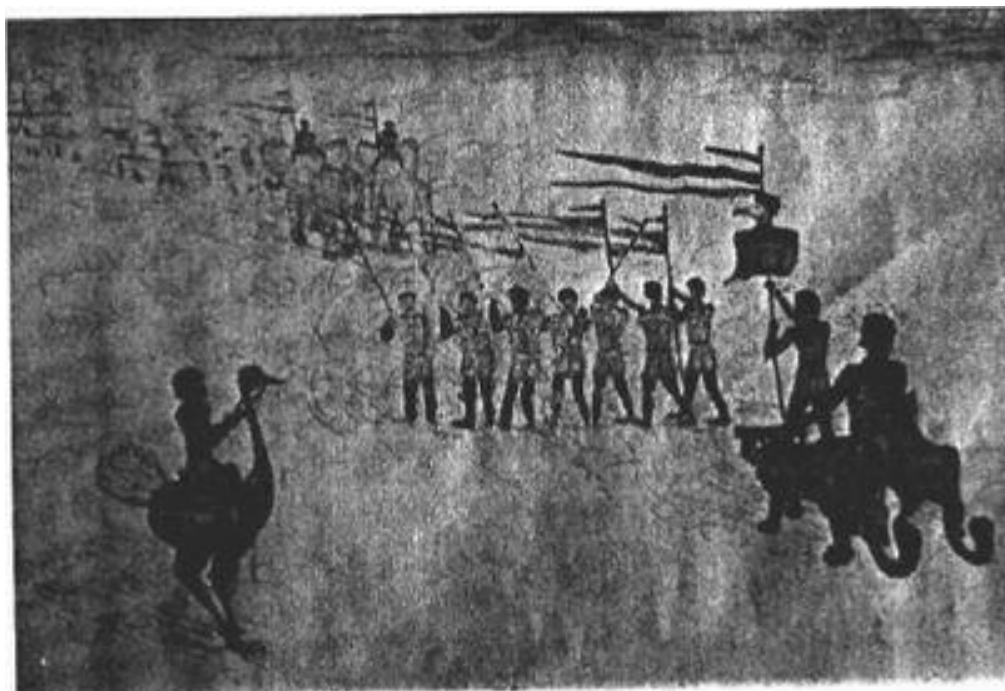
иллюстрации и сопровождение перинатальных последовательностей, либо как независимые эпизоды. Очень часто ЛСД субъекты, переживающие разные аспекты травмы рождения, сообщают об одновременном переживании воспоминаний прошлого воплощения, содержащих те же элементы. Чувства удушья в родовом канале могут, таким образом, быть связанными с тем, что ощущается, как воспоминание утопления или повешения в другой жизни. Острые перинатальные боли могут принимать форму ранения мечом или диким животным в прошлом воплощении, а чувства безвыходности БПМ II могут сопровождаться сценой заточения в средневековой темнице. Похожим образом, переживания смерти эго могут совпадать с казнями, убийствами или ритуальными жертвоприношениями.

В связи с перинатальным процессом могут впервые проявиться и многие другие трансперсональные явления. Переживания рождения могут сопровождать различные архетипические образы божеств и демонов, в качестве отдельных видений или в контексте целых мифологических эпизодов. Версии Ужасной или Великой Матери, Сатаны, Молоха, Шивы Разрушителя, Осириса, Диониса и Иисуса Христа, похоже, имеют особую связь с отдельными перинатальными матрицами и разными аспектами процесса рождения. В некоторых случаях в ситуациях, описанных для кармических элементов, могут возникать воспоминания из жизней человеческих предков индивида или переживания разных филогенетических кризисов. Довольно характерно отождествление с людьми других рас, профессий, социальных групп и категорий наподобие солдат на войне, амбициозных военных лидеров, революционеров, диктаторов, заключенных концлагерей, обитателей сумасшедших домов, авантюристов, исследователей, мучеников, святых и мудрецов. Похожее отождествление может испытываться и в отношении целых групп людей и сопровождаться разными значимыми прозрениями о динамике важных религиозных, исторических и социополитических движений. В высшей точке может казаться, что переживание смерти-возрождения выходит за все границы и становится драмой, включающей всё человечество.



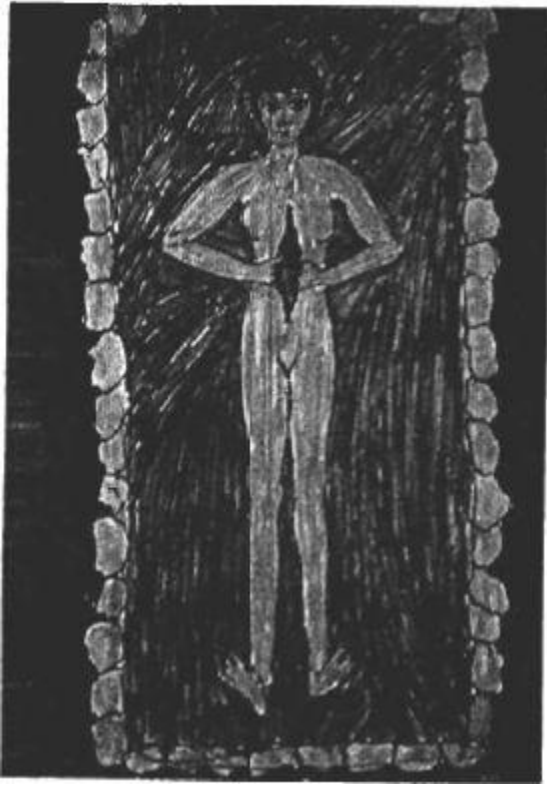
Отождествление с распятым Христом в контексте БПМ III. Наверху: Иисус, окруженный ненавистью враждебной толпы. Посередине: тяжелые биологические аспекты распятия. Внизу: гнев, который был бы подходящей человеческой реакцией на пытки, которые осуществлялись над Иисусом.





Три проявления той одной и той же темы на психодинамическом, перинатальном и трансперсональном уровнях. Сверху: «Пега», важный воображаемый компаньон субъекта. Посередине: солдаты в древних костюмах разбиваются между двумя гигантскими цилиндрами. В этом преимущественно перинатальном символе солдаты являются элементами соответствующего трансперсонального переживания, изображенного на последнем рисунке. Снизу: военная экспедиция древней (Африканской?) армии. Образ «Пега» снова появляется в виде основного мотива.





Вверху: взрывные энергии и сокрушительные эмоции первых стадий перинатального раскрытия (БПМ III). Ниже: связь между этим процессом и открытием сердечной чакры.

Число необходимых для завершения перинатального процесса психоделических сеансов значительно колеблется от человека к человеку и также критически зависит от таких внешних факторов, как дозировка, терапевт, обстановка и установка. По этой причине невозможна никакая совершенно точная числовая оценка. На моем опыте, некоторым индивидам удавалось проработать и интегрировать перинатальный материал меньше, чем за десять полностью интернализованных ЛСД сеансов с высокой дозой. Другим требовалось несколько десятков однотипных психоделических переживаний прежде, чем им удавалось полностью перейти к трансперсональной фазе. Я также встречал множество людей, принимавших ЛСД самостоятельно, бесконтрольным и экстернализованным способом и в социальном контексте, которые даже не начали этот процесс, несмотря на сотни приемов препарата.

Если используются высокие дозы чистого ЛСД, и сеансы воспринимаются, как глубокое самоисследование, большинство индивидов рано или поздно завершают процесс смерти эго и возрождения. После этой точки все сеансы трансперсональны по своей природе и представляют собой постоянный философский и духовный поиск. Независимо от того, воспринимался ли процесс изначально как терапия или проводился по иным причинам, на этой стадии он становится космическим путешествием по сознанию, нацеленным на решение загадок личностной идентичности, человеческого существования и устройства Вселенной.

В программе психолитической терапии в Праге типичный психиатрический пациент с невротическими или психосоматическими проблемами успешно продвигался от работы над психодинамическими вопросами через процесс смерти и возрождения к философскому и духовному исследованию трансперсональной фазы. Если мы хотим связать это развитие с существующими школами психотерапии, мы можем назвать первую фазу Фрейдовской, потому что большую часть ЛСД процесса на психодинамическом уровне можно понять в психоаналитических терминах. Так как важный аспект перинатального процесса это повторное проживание травмы рождения, мы можем назвать её Ранкианской. Одна из существенных характеристик данной фазы это огромное высвобождение сдерживавшихся энергий через оргазмо-подобные разряды и растворение брони характера; так что здесь есть также важное Райхианское измерение. Единственным психиатром, систематически изучавшим и описавшим многие трансперсональные явления, был Карл Густав Юнг. Хотя его

концептуальная система не покрывает весь спектр трансперсональных переживаний, можно назвать эту третью стадию Юнгианской. Большая часть эмпирической картографии перинатальных и трансперсональных областей также описана разными религиозными и мистическими системами и традициями. [3]

Продвижение через вышеописанные стадии и соответствующие изменения содержания можно проиллюстрировать серией ЛСД сеансов Эрвина, двадцатидвухлетнего пациента с чрезвычайно сильным обсессивно-компульсивным неврозом. Хотя с точки зрения терапевтического результата он был одной из абсолютных неудач лечения, его сеансы были интересным примером изменения символического содержания. Они демонстрировали, как змея, классический фрейдовский фалический символ, принимала разные значения в зависимости от уровня психоделического процесса. Во время своей ЛСД терапии Эрвин успешно испытал различные психодинамические, перинатальные и трансперсональные явления, но все они были негативны. Ему никогда не удавалось испытать экстатические состояния единства, которые, согласно всем наблюдениям, имеют наибольший терапевтический потенциал.

Эрвин был принят в программу ЛСД лечения после четырех лет безуспешной психиатрической терапии различными конвенциональными методами. Его самой мучительной клинической проблемой была сильная компульсия создать в своем уме геометрическую систему с двумя координатными осями и найти в этой системе подходящее расположение для разных людей, ситуаций и проблем своей жизни. Когда он сопротивлялся этой необходимости, его сокрушал непреодолимый страх и другие очень неприятные эмоции. Эта деятельность забирала у него столько времени и энергии, что мешала повседневному функционированию и часто полностью его парализовала. Иногда он часами пытался найти подходящие координаты для определенных аспектов своей жизни, но никогда не мог удовлетворительно выполнить эту задачу. Незадолго до поступления у него появилось тревожное чувство, что центр его воображаемой системы начал сдвигаться влево. Это сопровождалось чувством неотложности, напряжения, депрессии и общей небезопасности. В то время он также развил разные психосоматические симптомы и был склонен интерпретировать их ипохондрически. Его направили на ЛСД терапию после нескольких психиатрических госпитализаций и безуспешного лечения транквилизаторами, антидепрессантами и немедикаментозной психотерапией.

Поначалу Эрвин проявил чрезвычайную сопротивляемость ЛСД; однажды он смог успешно сопротивляться действию 1500 мкг ЛСД фирмы Сандоз, введенным внутримышечно. [4] Долгая череда высокодозовых ЛСД сеансов была совершенно бессобытийной; содержание большинства из них состояло в массовой соматизации и борьбе за контроль. После этого он постепенно начал получать доступ к некоторому недавнему биографическому материалу, например, к определенным воспоминаниям из своей военной службы. Наконец, в своем тридцать восьмом ЛСД сеансе он неожиданно очень убедительно и реалистично регрессировал в детство. Он ощутил себя маленьким и беспомощным и имел разные странные ощущения вокруг генитальной области. Ему казалось, что его пенис сжался и стал маленьким, как у ребенка. Это сопровождалось тревожными сомнениями насчет потери контроля над своим кишечником и неловкими чувствами, что его штаны мокрые и испачканные. Его обычная обсессивная потребность усилилась до огромной степени и казалась тесно связанной с видениями движущихся тел рептилий и образами змеиной кожи. Сдвиги разных элементов в его воображаемой геометрической системе казались идеально синхронизированными и иногда даже идентичными движениям змей. В этих сеансах он прорабатывал проблемы, связанные с приучением к туалету и с протестом против родительского авторитета. Выделительные функции имели очень амбивалентное значение для него, будучи одновременно или поочередно приятными и омерзительными.

В этом контексте он сложным образом и в полной возрастной регрессии повторно проживал событие, случившееся, когда ему было два с половиной года. Его мать взяла его в цирк, и он смотрел представление, сидя на её коленях в первом ряду. После представления,

включавшего женский танец живота с большим удавом, её партнер-мужчина пронес змею по арене, показывая публике. Когда он приблизился к Эрвину и его матери, змея сделала неожиданное движение. Во внезапном состоянии паники Эрвин промочил и испачкал свои штаны, сидя на коленях матери. Она была очень смущена этим инцидентом и немедленно покинула цирк. Достоверность этого воспоминания позже было независимо подтверждено матерью Эрвина.

Для проработки всех сложных эмоций, связанных с этим событием, потребовалось много времени. Они простирались от отвращения, смущения, стыда и чувства неполноценности до сильного либидинального удовольствия и чувства триумфа, связанного с нарушением чрезмерных родительских запретов насчет чистоты. На этом уровне образ змеи и невротические симптомы имели ясный анальный подтекст; змеиные формы означали фекалии, а навязчивая озабоченность сдвигами системы координат отражала движения кишечника.

Позже в ЛСД сеансах Эрвина появились совершенно новые элементы. Видения змеиной кожи и змеиных колец теперь начала ассоциироваться с сильным эротическим возбуждением и сексуальным напряжением. Теперь Эрвин иногда видел сцены, содержащие обнаженные мужские и женские тела в половом сношении. Эти эпизоды наконец раскрылись в сложное повторное проживание классической фрейдовской первичной сцены—наблюдения сексуальных действий родителей, которым он дал садистскую интерпретацию. Он чувствовал, что это событие имело место примерно в то же время, что и цирковой случай. Эти два воспоминания, похоже, имели глубокое сходство; оба включали мужскую и женскую фигуру и его в качестве наблюдателя. Удав из цирковой сцены и пенис из первичной сцены казались символическими эквивалентами. На этом уровне змея была явно фаллическим символом в полном согласии с фрейдовской традицией.

Когда Эрвин подошел к перинатальному уровню, многие из прежде описанных явлений оказались значительно связанными с агонией рождения. В этом контексте змея стала символом разрушительной женской стихии, ломающей и душащей ребенка во время рождения. Эрвин вспомнил книги и фильмы, показывающие удавов душащими и проглатывающими жертву. Сходство между этими актами и рождением или беременностью, казалось, являлось ассоциативным мостом между фаллическим значением символа змеи и его отношением к процессу смерти и возрождения. Обсессивные симптомы всё ещё были тесно связаны с движениями змеиного тела, но теперь они символически отражали конфликтующие силы продвижения через родовой канал. Чувства нечистоты расширились от генитальной и анальной области на всё тело и могли быть идентифицированы, как состояние новорожденного во время и непосредственно после родов. Проблемы потери контроля над кишечником и мочевым пузырем теперь были связаны с рефлексом мочеиспускания и дефекации, происходящим в качестве реакции на агонию рождения.

Змеиные видения оставались даже в последующих сеансах, имевших трансперсональные элементы. Здесь змея воспринималась в разных архетипических и мифологических контекстах. Эрвин описывал многочисленные видения верховных жриц, поклоняющихся священным питонам, змей, воплощающих первобытные силы природы, гигантских Уроборосов, проглатывающих свои хвосты, змей, украшенных перьями, и других таинственных змеиных божеств.

ЛСД переживания на всех описанных уровнях, казалось, имели смысл по отношению к симптомам Эрвина. К сожалению, ни одна из этих с виду важных связей не оказалась терапевтически полезной. Хотя Эрвин часто чувствовал, что приближается к решению своих проблем, длительная серия психоделических сеансов так и не дала желаемых результатов.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИНТЕРВАЛАХ МЕЖДУ СЕАНСАМИ

Изменения, происходящие в содержании ЛСД сеансов в течение психоделической терапии, отражаются в параллельных изменениях клинического состояния субъекта после лекарственных переживаний. Особая динамика послесеансовых интервалов и терапевтический подход к осложнениям обсуждались в предыдущем разделе. Здесь мы опишем определенные

общие модели изменений, связанных с серийными ЛСД сеансами. Мы сосредоточимся на протекании терапии в психолитическом исследовании в Праге, когда мы ещё не ввели принцип обязательной интернализации сеансов и усилия достичь позитивного разрешения и структурирование завершающего периода. Использование этих двух принципов значительно уменьшает частоту негативных последствий и, таким образом, уменьшает колебания клинического состояния.

Обсуждение протекания ЛСД процесса в менее простроенных обстоятельствах важно по двум причинам: оно дает лучшее понимание динамики и разумное основание будущим ЛСД терапевтам для активного вмешательства в завершающий период. Хотя ЛСД сеансы были контролируемы, недостаток терапевтического вмешательства в завершающий период делало процедуру больше похожей на немедицинское само-экспериментирование. Поэтому сделанные в этом контексте наблюдения также имеют большую потенциальную ценность для профессионалов, практикующих кризисное вмешательство и лечащих осложнения бесконтрольного ЛСД само-экспериментирования.

Даже если в завершающий период не дается активной терапевтической помощи, негативные последствия ЛСД сеансов минимальны у индивидов, демонстрирующих достаточную эмоциональную стабильность. Как упоминалось раньше, я ни разу не видел у этой категории последствий, имевших форму и интенсивность клинической психопатологии. Иногда на следующий за сеансом день мы наблюдали чувства грусти, раздражительность, утомление, экзистенциальную озадаченность, головные боли или «похмелье»; но такие проявления всегда оставались в пределах нормы. Даже тогда, когда эти индивиды сталкивались с трудным перинатальным материалом, негативные последствия их ЛСД сеансов не затрудняли их ежедневное функционирование. На самом деле, односторонняя сосредоточенность на негативных последствиях ЛСД сеансов у «нормальных» людей была бы неверной. В большинстве случаев наблюдалось отчетливое повышение жизнестойкости, энергичности, чувство энтузиазма, необычайное богатство восприятия и другие определенно позитивные изменения в течение дней или недель после психоделического сеанса.

Ситуация была совсем иной у психиатрических пациентов с серьезными невротическими и психосоматическими нарушениями. Когда эти пациенты в своих ЛСД сеансах работали над психодинамическим материалом, их клиническое состояние значительно изменялось и колебалось. После некоторых ЛСД сеансов они показывали признаки очень драматичного улучшения; из-за того, что наши знания о природе и измерениях ЛСД процедуры на тот момент были довольно ограниченными, у нас порой складывалось ложное впечатление, что терапия приближалась к успешному завершению. Однако за другими ЛСД сеансами весьма неожиданно следовало драматичное усиление начальных симптомов. В остальных случаях позитивные или негативные изменения были маленькими и иногда незаметными. Вдобавок к этим колебаниям в смысле улучшения или ухудшения клинических симптомов, мы иногда наблюдали драматичные трансформации симптомов. За часы ЛСД сеанса старые психопатологические проявления, в некоторых случаях остававшиеся неизменными много лет, исчезали как по волшебству, а на их месте появлялись другие клинические симптомы, которых у пациента никогда раньше не было. Детальное обсуждение динамики этих изменений приведено в главе 9. В некоторых случаях эти изменения были такими фундаментальными, что пациент попадал в совершенно другую клиническую категорию. Этот феномен настолько поразителен и имеет такую теоретическую и практическую важность, что заслуживает иллюстрации коротким клиническим примером:

Ричард был двадцатилетним студентом, более четырех лет страдавшим глубокой неослабевающей депрессией и предпринявшим шесть серьезных попыток суицида, в одной из которых он использовал крысиный яд. К тому же, у него были частые приступы свободно плавающей тревоги, мучительных головных болей, агонических сердечных болей и пальпитаций и сильная бессонница. Сам Ричард связывал большинство этих эмоциональных проблем с нарушениями в своей сексуальной жизни. Хотя у него было много дружеских отношений с женщинами, ему не удавалось сексуально с ними взаимодействовать, и у него

никогда не было полового акта с женщиной. Иногда он пытался понизить свое сексуальное напряжение при помощи мастурбации; однако это приводило к ненависти к себе и мучительным чувствам вины. В нерегулярные периоды он участвовал в гомосексуальных действиях, всегда в роли пассивного партнера. Хотя в этих ситуациях он мог достичь кратковременного удовлетворения, связанные с этим чувства вины достигали саморазрушительных пропорций. В следовавшем за его гомосексуальными связями состоянии отчаяния он предпринял несколько попыток суицида и однажды попытался кастрировать себя, приняв большую дозу эстрогенов.

В своем восемнадцатом ЛСД сеансе Ричард завершил повторное проживание и интеграцию мощной негативной СКО, функционально связанной с БПМ II.[5] За этим последовало экстатическое переживание, продолжавшееся несколько часов. Он почувствовал уверенность в себе, исцеление, целостность и оптимизм. Однако во время завершающего периода он эмпирически вошел в другое скопление воспоминаний, связанное с третьей перинатальной матрицей. Для него это было неприятным сюрпризом после того, как он поверил в конечное разрешение своего заболевания. В разочаровании и нежелании сталкиваться с новыми проблемами он преждевременно мобилизовал свои защиты. Из ЛСД сеанса он вышел лучистым, счастливым, с чувством физического благополучия; однако к нашему удивлению, комплекс его старых симптомов сменился классическим истерическим параличом правого плеча. У него были все типичные черты истерической конверсии, включая «прекрасное равнодушие» — удивительно безразличное эмоциональное отношение к с виду серьезному и калечащему симптому.

Продолжение психоделической терапии принесло довольно интересные результаты. В нескольких следующих сеансах паралич Ричарда исчезал каждый раз, как ЛСД начинал действовать. Две важные проблемные области, лежавшие в основе его истерического паралича, продолжали проявляться, и их надо было проработать. Первой были отношения Ричарда с отцом, полные агрессии и конфликтов на тему отцеубийства. Его отец был жестоким и деспотичным алкоголиком, осуществлявшим физическое насилие над Ричардом и его матерью. В нескольких случаях отец так серьезно ударил его, что Ричарду пришлось лечь в больницу. В пубертатном возрасте у Ричарда обычно были жестокие фантазии и сны об убийстве отца.

В ЛСД сеансах этого периода Ричард часто видел меня превращенным в его отца. Как только его рука под влиянием препарата начинала двигаться, он неизбежно направлял кулак к моему лицу. Однако он никогда не завершал это движение; его рука останавливалась в нескольких дюймах от моего носа, убиралась и била с новой силой. Иногда он мог колебаться таким образом перед моим лицом несколько часов, будто разрываемый противоречивыми импульсами фрейдовского ид и суперэго. Когда это происходило, Ричард повторно проживал разные травматические воспоминания, связанные с его отцом, и у него был ряд символических видений, связанных с отцеубийством.

Вторая тема, стоящая за параличом Ричарда, содержала проблемы вокруг мастурбации. Так как он испытывал конфликт между непреодолимым желанием мастурбировать и связанными с этим виной и страхами, его рука постоянно тянулась к генитальной области, а затем отдергивалась к тазобедренному суставу. Когда его рука невольно колебалась туда и обратно, у Ричарда было множество переживаний, включавших секс и наказание. Наконец, он повторно пережил с сильными эмоциями травматическое воспоминание о том, как отец застал его мастурбирующим и жестоко наказал.

Обе описанные выше области конфликтов имели более глубокие корни на перинатальном уровне и поэтому также отражали отношения Ричарда с его матерью. В этих сеансах борьба смерти-возрождения тесно переплеталась с биографическим материалом, связанным с его отношениями с отцом. Потребовалось семь сеансов на то, чтобы проработать эти две области конфликтов. Когда это было сделано, Ричард снова получил полный контроль над своей рукой; на этот раз не проявилось никаких новых симптомов, и его прежние жалобы

не возвращались. Через несколько недель у него был первый в жизни гетеросексуальный половой акт.

Несмотря на колебания их клинического состояния, мы заметили у большинства невротических пациентов из нашего исследования общую тенденцию к улучшению. После определенного числа сеансов, которое очень изменялось от одного человека к другому, многие временно достигают момента, когда их симптомы значительно уменьшаются или даже исчезают, и есть хороший уровень общего равновесия. За несколькими исключениями, их можно было выписать и продолжать ЛСД терапию амбулаторно.

Эта степень улучшения, возможно, была сравнима с результатом очень успешного психоанализа или некоторых других видов систематической долговременной психотерапии. Ретроспективно, с конвенциональной точки зрения, это было бы подходящим моментом для завершения терапии. Однако этого не произошло с большинством наших пациентов. По определенным причинам казалось уместным продолжать ЛСД психотерапию после этого момента. Мое ортодоксальное психоаналитическое образование было серьезным фактором в моем решении продолжить, которое в итоге открыло передо мной совершенно новое направление исследования человеческого разума.

Хотя на этой стадии пациенты демонстрировали удовлетворительный уровень симптоматического улучшения в периоды между ЛСД сеансами, их психоделические переживания всё ещё содержали эпизоды агрессии, тревоги, вины и разных психосоматических симптомов. В некотором отношении эти явления становились более примитивными и стихийными. Большая часть материала, с которым сталкивались пациенты, имела отчетливый оральный акцент. Это было для меня указанием на то, что терапия подходила к концу, и я продолжал ЛСД сеансы с убеждением, что нам просто надо проработать несколько «остаточных проблем», чтобы исключить рецидив. Согласно психоанализу, мы рождены «*tabula rasa*» (чистым листом), и психологические проблемы нашего развития начинаются в оральный период; не было ничего до рождения, и поэтому нам некуда было дальше продвигаться. Мое ожидание в тот момент состояло в том, что количество биографического материала окажется ограниченным и что в конце концов мы достигнем точки, в которой ЛСД не будет обнаруживать и активировать новые проблемные зоны. Так как за повторным проживанием травматических воспоминаний часто следовали экстатические и бессодержательные эпизоды, я предполагал, что серийные приемы ЛСД в итоге приведут к недифференцированным переживаниям единства с огромным потенциалом для исцеления и интеграции. Это базовое допущение оказалось верным, но путь к таким переживаниям оказался гораздо дольше и сложнее, чем я ожидал.

Продолжение терапии было результатом незнания природы и базовых законов ЛСД процесса; оно также отражало использование неадекватной и ограниченной теоретической модели, недооценивавшей измерения человеческой личности. Платой за это было большое количество неожиданных эмоциональных и психосоматических страданий у моих пациентов и большое концептуальное замешательство и настоящая проверка терапевтического оптимизма и выдержки с моей стороны. Несмотря на все эти трудности, этот период стал самым захватывающим интеллектуальным и духовным путешествием моей жизни. Оно раскрыло мне новые и неизведанные области человеческого бессознательного, привело к бесчисленным неожиданным ситуациям и событиям и столкнуло меня с сотнями необъяснимых и озадачивающих наблюдений. Финальным результатом этого процесса стал решительный разрыв старых концептуальных рамок, гораздо более широкое понимание человеческого разума и даже радикальное изменение моего понимания природы реальности.

Когда ЛСД сеансы входили в перинатальные области, эмоциональные качества и психосоматические ощущения, с которыми приходилось сталкиваться, расширялись и углублялись, переходя все воображимые пределы. Рано или поздно каждый пациент начинал испытывать агонии и экстазы космических пропорций. Пока пациенты работали с разными аспектами процесса смерти-возрождения, похожая дихотомия также происходила и в интервалах, следовавших за психоделическими переживаниями. После некоторых ЛСД

сеансов клиническое состояние пациентов кардинально ухудшалось. Иногда люди, поступавшие на лечение с глубокими невротическими симптомами и в определенный момент казавшиеся почти исцеленными, внезапно показывали временные психотические симптомы. Нередко пациентам, уже вернувшимся к обычной жизни и продолжавшим лечение амбулаторно, была необходима временная повторная госпитализация. Реже ЛСД сеансы этой стадии завершались глубокими экстатическими состояниями, и за ними следовало клиническое улучшение качественно иного порядка, чем всё, что наблюдалось ранее на психодинамическом уровне. Эти изменения характеризовались не только значительным уменьшением симптомов, но также активно радостным отношением к существованию с отчетливым духовным оттенком («психоделическое послесвечение»).

Когда пациенты приближаются к моменту финальной смерти эго, некоторые из свободных интервалов становятся довольно опасными. На этой стадии нередко глубокие депрессии, агрессивное напряжение, саморазрушительные тенденции и маниакальные состояния. Хотя осложнения такого рода и можно значительно уменьшить активной работой в завершающий период, когда индивиды с серьезными эмоциональными проблемами достигают этой критической фазы ЛСД психотерапии, должно быть доступно специальное лечебное учреждение с обученным персоналом.

В это время могут временно усилиться или снова появиться некоторые исходные клинические симптомы, которые ослабли или даже исчезли во время предыдущей терапии. Когда пациент во время психоделического процесса переходит от психосоматической области к перинатальной, разные психопатологические синдромы могут постепенно утратить свои специфические характеристики и свестись к своим перинатальным корням. Психиатрические пациенты, начавшие ЛСД терапию с самыми разными клиническими проблемами, обычно поразительно сближаются и в итоге проявляют во время ЛСД сеансов и свободных интервалов очень похожую симптоматику. На этой стадии между пациентами, начавшими с симптомов клаустрофобии, алкоголизма или подавленной депрессии, может быть очень небольшая разница; они все проявляют симптомы, характерные для активированной второй перинатальной матрицы. Похожим образом, садомазохизм, астма, истерические припадки и ажитированная депрессия могут потерять свои биографически детерминированные специфические отличия и свестись к обычной феноменологии БПМ III. Наблюдения такого рода проливают совершенно новый свет на динамическую структуру различных психопатологических синдромов и позволяют создать революционную модель психических заболеваний и психотерапии. Теоретические выводы на эту тему будут обсуждены в следующей книге.

После многих эпизодов агонии, смерти и возрождения ЛСД пациенты в психолитическом исследовании обычно достигали финального переживания смерти эго. Это важный переломный момент в ЛСД психотерапии; после этой точки элементы, характерные для БПМ II, III и IV, больше не появляются на сеансах или в качестве детерминант свободных интервалов. С этого момента психоделическими переживаниями овладевали и управляли первая перинатальная матрица и разные комбинации трансперсональных матриц. С клинической точки зрения, это обычно связано с драматичным улучшением широкого спектра невротических и психосоматических нарушений. Однако полный эмпирический переход от перинатальной к трансперсональной области не означает, что все негативные переживания навсегда исчезают из содержания ЛСД сеансов и послесеансовых интервалов. Содержание чисто трансперсональных сеансов демонстрирует ту же дихотомию, что и биографические и перинатальные переживания. То же верно и для динамики послесеансовых периодов; здесь трансперсональные матрицы тоже могут сильно влиять на эмоциональное и психосоматическое состояние индивида. Так, повседневные чувства, мысли, поведение, мировоззрение в целом и жизненный стиль могут отражать элементы океанического блаженства внутриматочного состояния или всепоглощающий ужас эмбриональных кризисов; позитивные кармические паттерны или трагедии прошлых воплощений; или энергия питающих или разрушительных архетипических образов.

Тот факт, что субъект трансцендировал биографический и перинатальный уровни, не значит, что теперь содержание его или её ЛСД сеансов не имеет никакого личного значения или актуальности. Биографическая история теперь полностью доступна на взрослом уровне без подавления и эмоционального искажения. Больше нет болезненного повторного проживания отдельных травмирующих событий и ограниченного акцента на расшифровке драм нуклеарной семьи и их влияния на жизнь. Также, в сеансах больше не появляются борьба жизни со смертью, клаустрофобные кошмары, скатологические сцены и садомазохистские оргии рождения. Однако независимо от того, насколько грандиозным и космическим является масштаб трансперсональных переживаний, они всегда тесно связаны с повседневной жизнью индивида. Проработка негативных трансперсональных матриц и соединение с позитивными оказывает терапевтическое влияние на эмоциональные, психосоматические и межличностные процессы индивида. Это также открывает новые уровни понимания собственной идентичности, измерений существования, человеческой жизни и бытия вообще. Хотя здесь уже не предстоит особой «археологической работы» над историей данной жизни, сама интерпретация её значения постоянно меняется по мере того, как расширяются концептуальные рамки, чтобы уместить новые эмпирические данные.

Один из аспектов повседневного существования, который проявляет особо тесную связь с психоделическим процессом, это сновиденная жизнь индивида. В течение психотерапии, включающей серийные ЛСД сеансы, есть четкая взаимосвязь между природой и содержанием лекарственных переживаний и умственной активностью во время сна и гипнагогического периода. Сновидения до ЛСД сеанса часто предсказывают содержание психоделического опыта, а сновиденная жизнь в периоды после сеансов часто развивает разные темы прошедшего лекарственного сеанса. Это особенно поразительно, когда важный гештальт в последнем сеансе остается незавершенным, и эмпирически доступным становится большая часть бессознательного материала с сильным эмоциональным зарядом.

Когда психоделический процесс сосредоточен на биографических вопросах, сны имеют обычную динамическую структуру, известную из фрейдовского психоанализа. Большая часть их содержания, видимо, имеет смысл в пределах эмоциональной истории индивида, и её можно легко расшифровать, если быть знакомым с базовыми принципами работы со снами. Когда ЛСД пациенты эмпирически входят в перинатальную область, качество их снов меняется, и фрейдовский подход к интерпретации уже не адекватен. Хотя формальный анализ обычно дает некоторый материал из истории индивида, который кажется актуальным и тематически связан с содержанием таких сновидений, все чисто биографические интерпретации остаются поверхностными и неубедительными. Сны этой фазы очень примитивны, стихийны и полны сильных эмоций. Их содержание обычно более или менее прямо происходит из типичных тем, связанных с отдельными перинатальными матрицами. Так, перинатальные сны, связанные с БПМ II, включают пассивные переживания пыток в тюрьмах, концлагерях и газовых камерах; пугающие клаустрофобные переживания клеток, подводных переходов или постепенно сужающихся коридоров, туннелей и трубопроводов; и мир бессмысленных картонных фигур, цирковых представлений и автоматов или роботов. Более мягкие формы этих снов включают всякие безнадёжные безвыходные ситуации на разных уровнях. Различные аспекты БПМ III создают сны о титанических войнах или природных катастрофах огромных пропорций; убийствах, несчастных случаях, кровавой резне, изнасилованиях и садомазохистских оргиях; порнографических сценах, полных вопиющих сексуальных девиаций и перверсий; и атмосфере гниения и невообразимой грязи. Финальные фазы этой матрицы связаны со снами о захватывающих приключениях во время военных экспедиций, охоте, парках развлечений и особенно красочных карнавалах. Переход от БПМ III к БПМ IV отражается в сновидениях об одиночной или массовой смерти, огромных пожарах, извержениях вулканов, атомных войнах и уничтожении мира. Сны, происходящие из БПМ IV, включают элементы божественных откровений, торжественных побед, выхода из опасных ситуаций, примирения или воссоединения возлюбленных и радостных праздников.

Небесные царства, райская атмосфера, красивые природные пейзажи и океанические состояния во снах обнаруживают влияние первой перинатальной матрицы.

Следующее описание будет идеальным примером сна, содержание которого отражает перинатальную динамику. В этом случае сам субъект заметил его связь с процессом рождения.

Был вечер воскресенья, и вся моя семья находилась в большой гостиной дома, расположенного на обрыве с видом на Тихий Океан. Все веселились в нашей обычной праздничной манере, когда я заметил, что снаружи будто собиралась гроза. Внезапно ветер и дождь обрели такую силу, что начали выбивать стекла; тут мой отец многозначительно сказал: «Это Пятый Ветер». И тогда, в момент, который даже ретроспективно кажется изумительным, весь дом стал вращаться и падать с обрыва далеко вниз, в океан. За секунды между началом падения и ударом я понял, что вся моя семья и я сам умрем в катаклизме. В тот самый момент, когда я полностью принял мою смерть и смерть любимых, я проснулся, как раз перед столкновением дома с океаном.

После пробуждения у меня осталось чрезвычайно возвышенное чувство, и тогда я заметил, что у сна было глубокое сходство с определенными ощущениями, которые у меня были в последних ЛСД сеансах. В этих сеансах я будто повторно проживал свое рождение, и элементы принятия своей смерти, конца света, потрясающие стихийные силы, участвующие в катастрофическом взрыве, и наконец, странное ощущение, что моя голова (воспринимавшаяся гораздо больше обычного), комната и здание, в котором я находился, и вообще вся Вселенная, казалось, вращаются вокруг своей оси самым необъяснимым и удивительным образом—все эти элементы появлялись в разных частях сеансов и красиво повторились в сновидении. В конце концов, я вспомнил, как в рождении моего сына голова будто вращалась в кульминации процесса рождения, и похоже, что всё сходится—этот сон, видимо, символически выражает многие существенные аспекты смерти эго.

Когда индивид переходит в трансперсональную стадию ЛСД процесса, это имеет важные последствия для природы и содержания его или её снов. Многие из элементов и последовательностей, или даже всё содержание определенных снов, может представлять собой трансперсональные явления в более или менее чистой форме. Такие сны невозможно адекватно интерпретировать в фрейдовских терминах, и результаты такого анализа будут поверхностными и неточными. Эти сны не показывают искажений и конденсации, характерной для биографически детерминированных, и имеют качество воспоминаний прошлых воплощений, родовых или филогенетических переживаний, встреч с архетипическими сущностями, разных типов экстрасенсорного восприятия или внетелесных путешествий. Знание и признание особой природы таких снов необходимо для их правильного понимания и интерпретации. Из-за глубокой органической связи между сновиденной жизнью и психоделическими переживаниями, работа со снами должна быть неотъемлемой частью любой полноценной программы психоделической терапии.



Синоптическое изображение сна, который был у автора во время его аналитического обучения. Он был прикован к плите в ужасной пещере и подвергался разным нечеловеческим пыткам. Они были связаны с мотивом маленькой чаши, которая давала неограниченные количества манной каши каждому, кто знает волшебное слово—тема из популярной чешской сказки.

Во сне эта волшебная чаша находилась вне тюрьмы, выливая огромные количества питающей жидкости. Было ясно, что пытки закончатся, когда манная каша достигнет окна и начнет заливаться внутрь. Свободные ассоциации с этим сном включали испанскую Инквизицию и замысловатые пыточные инструменты; инстинктивную жизнь приматов; многие оральные темы, включая щеки-хранилища хомячков; и детали касавшего чешского короля, который провел всю жизнь в тюрьме. Также вспоминались разные конкретные детские происшествия, включавшие дискомфорт в эrogenных зонах: обожженный горячим молоком рот, операция на фимозе, болезненные клизмы и прочее. Аналитик вследствие этого интерпретировал этот сон, как компромиссное образование, конденсирующее все нарушения либидинального удовольствия, от которых анализируемый страдал в ранней жизни.

Это объяснение оказалось поверхностным и неудовлетворительным. Позже элементы этого сна снова появились в высокодозовом ЛСД сеансе и обрели идеальный смысл в контексте травмы рождения. Подземелье это рождающая матка, а пытки закончатся, когда будет достигнута стадия питания. Отождествление с королем иллюстрирует связь между рождением и архетипом ребенка-короля («коронация»). Отождествление с обезьянами и их свободным потворством инстинктам указывает на высвобождение ряда инстинктивных импульсов (полиморфная перверсия) в перинатальном процессе.

Вышеприведенное обсуждение сосредоточено на протекании ЛСД психотерапии у субъектов с невротическими и психосоматическими симптомами, которые были достаточно серьезными, чтобы требовать госпитализации. Также нужно сказать несколько слов об

индивидах, находящихся на двух крайних точках психопатологического спектра: «нормальных» людях и шизофренических пациентах. Субъекты, не имевшие серьезных эмоциональных проблем и участвовавшие в ЛСД программе для учебных целей или из-за интеллектуального интереса, обычно следовали примерно тем же курсом, что и невротические пациенты. Однако эта группа характеризовалась быстрым продвижением от абстрактных переживаний к перинатальным. Эти индивиды не тратили много времени на биографические вопросы и очень быстро входили в область процесса смерти-возрождения. На перинатальных сеансах трудные переживания обычно ограничивались временем кульминации действия препарата, и большинство выходов были приятными или даже экстатическими без всякой помощи со стороны ситтеров. Негативные пережитки содержания ЛСД сеансов в свободных интервалах были редки и только минимальны, и у людей, не имевших серьезных эмоциональных проблем до приема препарата, не наблюдалось продления эффектов или психотических срывов.

Число психотических пациентов, которых мы лечили, было слишком маленьким, чтобы можно было сделать надежное обобщение. Однако ЛСД процесс у этих пациентов имел определенные интересные характеристики, заслуживающие упоминания. Люди, которых мы начали лечить ЛСД во время проявления у них шизофренической симптоматики, показывали значительные колебания клинического состояния после начальных сеансов. Хотя эти флуктуации были глубже и драматичнее, вообще процесс напоминал описанный для невротической группы. Как раз перед тем, как эти пациенты входили в перинатальную область, их клиническое состояние казалось значительно улучшенным. Их психотические симптомы уменьшались или совсем исчезали, и они показывали удивительные критические инсайты и психологическую дистанцию по отношению к своим прошлым трудностям. Они обычно выражали некоторые невротические и психосоматические жалобы. Их ЛСД сеансы и клинические симптомы в интервалах между сеансами казались похожими на таковые у невротической группы, и их перинатальный процесс был таким же бурным.

Главное отличие появлялось после завершения процесса смерти-возрождения. Здесь эти пациенты внезапно развивали в разной степени то, что лучше всего описывает название «трансферентный психоз». Это состояние характеризуется возвращением исходных психотических симптомов, но уже с терапевтом в роли главного центра и цели всех мыслей, эмоций и поведений пациента. К этому вопросу я вернусь более детально в последующем разделе и проиллюстрирую его типичным клиническим примером. Когда ЛСД сеансы продолжались вопреки ухудшению клинического состояния и сохраняющемуся трансферентному психозу, пациентам в конце концов удавалось достигнуть совершенно нового уровня интеграции и ментального функционирования. Для терапевтических экспериментов такого рода совершенно необходим специально структурированный лечебный корпус, и терапевт должен быть готов работать несколько недель в трудных и взыскательных условиях трансферентного психоза.

ЛСД терапия протекает во многом отлично от описанного выше, если терапевт использует подход, изложенный в этой книге. Использование высоких дозировок, повязки на глазах и стереофонической музыки значительно углубляет переживание. В этих обстоятельствах мы не наблюдаем постепенного раскрытия разных уровней бессознательного от одного сеанса к другому, как описано для психолитического подхода. Вместо этого все категории психоделических явлений могут последовательно происходить в одной встрече с ЛСД. Вначале сеанса субъект обычно испытывает короткий период абстрактной природы, когда он или она видит цвета и движущиеся геометрические образы. Когда фокус смещается на психодинамическую область, индивид может бегло соприкоснуться с некоторыми биографическими элементами, связанными с отдельной СКО. Когда ЛСД сеанс кульминирует, он или она обычно встречается с глубокими уровнями СКО, связанными с выживанием и целостностью тела, или же с материалом базовых перинатальных матриц. Очень часты воспоминания утопления, травм, операций и опасных болезней, а также глубокие встречи со смертью, выходящие за пределы конкретных биографических событий. После нескольких

последовательностей смерти и возрождения сеанс может стабилизироваться на уровне БПМ I, или же субъект может войти в трансперсональную область и испытать разные мифологические сценарии, родовые и филогенетические воспоминания, элементы коллективного бессознательного или явления прошлых воплощений.

Во время выхода, когда действие препарата уменьшается, психодинамические эпизоды могут повториться. В это время озарения, полученные ранее в сеансе, часто применяются к конкретным условиям и обстоятельствам своей жизни. Однако сам факт того, что субъект имел эмпирический доступ к трансперсональному уровню, не значит, что он или она завершили процесс смерти-возрождения. Всё равно потребуется серия интернализованных высокодозовых ЛСД сеансов похожего вида, чтобы проработать и интегрировать весь перинатальный материал и связанные с ним психодинамические элементы. Однако если применяются принципы психоделической терапии, то общее время, необходимое на завершение этого процесса, намного короче, чем в психолитической терапии. К тому же, возникает меньше трудностей и осложнений в интервалах между сеансами, особенно когда терапевтический подход включает интенсивную эмпирическую работу в завершающий период, и ситтеры активно стараются позитивно простроить возвращение.

ДОЛГОВРЕМЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, МИРОВОЗЗРЕНИИ И ИЕРАРХИИ БАЗОВЫХ ЦЕННОСТЕЙ

Так как мы обсуждали ЛСД процедуру преимущественно в терапевтическом контексте, особый интерес представляет вопрос о её продолжительном влиянии на разные характеристики личности. В определенных обстоятельствах даже один психоделический опыт может иметь глубокие и устойчивые последствия. Если структура личности субъекта имеет внутренний потенциал для фундаментального позитивного или негативного сдвига, прием ЛСД может катализировать и ускорить внезапную драматичную трансформацию. Порой единственный ЛСД опыт радикально менял мировоззрение жизненную философию и весь способ существования индивида. Он опосредовал глубокое духовное раскрытие у атеистов, скептиков и материалистически ориентированных ученых, способствовал далеко идущему эмоциональному освобождению и вызывал радикальные изменения в системах ценностей и базовом стиле жизни.

С другой стороны, менее удачливые индивиды были глубоко потрясены единственной встречей с препаратом, и психоделический опыт становился для них «последней каплей», которая приводила к психотическому эпизоду. Серьезные эмоциональные возмущения, запускаемые приемом препарата и длящиеся месяцы или даже годы, не редкость среди людей, занимающихся самостоятельным экспериментированием с ЛСД небрежно и принимающих его в плохих обстоятельствах. Этого не должно происходить в контексте контролируемой работы с ЛСД. Нужно заранее отсеять индивидов с серьезными эмоциональными проблемами, граничащими с психозом, если только терапевтическая команда не желает и не готова прорабатывать все проблемы, которые могут быть активированы приемом препарата, и доводить терапию до удовлетворительного завершения. В этом разделе мы обсудим изменения, происходящие в течение систематической и правильной долговременной ЛСД психотерапии, следующей описанным в этой книге принципам.

Хотя процесс психоделической трансформации очень индивидуален, можно выделить определенные базовые тенденции, которые довольно постоянны и предсказуемы. На Фрейдовской стадии ЛСД психотерапии, включающей биографическое самоисследование, субъекты, как правило, обнаруживают, что разные аспекты их жизни «недостоверны». Определенные восприятия мира, эмоциональные реакции на людей и ситуации и особые модели поведения вдруг оказываются слепыми и механическими автоматическими процессами, отражающими психологические фиксации из детства. По мере встречи и проработки травматического материала из прошлого ЛСД субъекты освобождаются от определенных идиосинкразических восприятий, неадекватных эмоциональных реакций, ригидных систем ценностей, иррациональных стремлений и неправильных поведенческих паттернов, которые

были продуктами их раннего программирования. Этот процесс может также вести к уменьшению или устранению некоторых психопатологических симптомов и разных менее серьезных жизненных проблем. Так как жизненная история значительно варьируется от одного человека к другому, изменения на этом уровне могут принимать самые разные формы.

Перинатальные переживания оказывают гораздо более фундаментальное и одинаковое влияние на ЛСД субъектов. Озарения, которые могут произойти в этой глубочайшей встрече с крайностями человеческого опыта, могут радикально изменить восприятие себя и мира и результировать в совершенно новую стратегию существования. В этом процессе многие индивиды осознают, что недостоверность их жизни не ограничивается определенными биографически детерминированными частичными искажениями вроде нехватки уверенности или плохого образа себя, хронических проблем с авторитетными фигурами или трудностями с сексуальными партнерами. Неожиданно они видят, что вся их концепция существования и подход к нему искажались глубоким бессознательным страхом смерти. Сильная потребность самоутвердиться, хроническое чувство неудовлетворенности и неадекватности, чрезмерные амбиции, тенденции сравнивать себя с другими и соревноваться с ними, чувства давления и нехватки времени и существование по типу «крысиных бегов» или «беговой дорожки», которые раньше казались неотъемлемыми и неизбежными аспектами жизни, внезапно видятся в совершенно ином свете. Похоже, они отражают подсознательное чувствование перинатальных энергий и их незаметное влияние на эго. Индивид под их властью, в каком-то смысле, всё ещё психологически участвует в борьбе жизни со смертью в родовом канале. Это влечет за собой своеобразную парадоксальную смесь бессознательных чувств; с одной стороны, он ещё не родился, а с другой, боится смерти. В этих обстоятельствах многие тривиальные ситуации становятся символическими эквивалентами процесса рождения и кажутся жизненно важными. В более конкретном смысле, определенные фундаментальные подходы к проблемам, проектам и ситуациям здесь видятся повторениями базовых аспектов биологического рождения.

Во время прохождения перинатального процесса индивид разряжает и интегрирует огромные количества физического напряжения и негативных эмоций и получает эмпирический доступ к БПМ I и БПМ IV. Это, как правило, меняет способ существования в мире и базовый подход к жизни. Возможность физически и эмоционально расслабиться и наслаждаться обычными вещами в жизни значительно повышается. Внимание перемещается с преследования сложных внешних схем к высокой оценке простых аспектов существования. Индивид обнаруживает новые способы наслаждаться своими собственными физиологическими процессами и развивает большее уважение к жизни и всем её бесконечным проявлениям. Теперь глубокое удовлетворение можно получать от многих вещей, которые всегда были доступны, но раньше игнорировались или едва замечались. Полное участие в процессе жизни становится важнее погони за любой конкретной целью. Становится очевидно, что заботиться надо о качестве ощущения жизни, а не о количестве внешних накоплений и достижений. Чувства отделенности и отчуждения сменяются чувством участия в процессе жизни и бытия его частью. Это обычно сопровождается явным сдвигом с соревновательной ориентации на сотрудинческие модели поведения. Эгоистичный и соревновательный подход к существованию видится невежественным, несовершенным и, наконец, саморазрушительным. Новым идеалом на всех уровнях (в интимных отношениях, рабочих ситуациях, больших социальных группах и в отношении всего населения планеты) становятся модели синергизма и единства.

Старое верование, что «больше» автоматически значит лучше, как на индивидуальном, так и на общественном плане, отвергается, как иллюзия и опасная ошибка. Философия западной жизни, путающая показное потребление с богатством жизни, заменяется новым акцентом на «максимальном благополучии при минимальном потреблении» и явным переходом к «добровольной простоте». Новое холистическое мировоззрение автоматически включает повышенную заботу об экологии и необходимость жить в базовой гармонии с окружающей средой. Видимо, необходимость контролировать и манипулировать людьми и

природой связана с влиянием негативных перинатальных матриц и отражает память о борьбе за жизнь в материнском организме. И наоборот, холистический и синергетический подход к человеческому и природному окружению, похоже, связан с позитивными перинатальными матрицами и основан на воспоминании о взаимно удовлетворительном и питательном обмене с материнским организмом.

Другой поразительный аспект психоделической трансформации это развитие сильного интереса к сознанию, самопознанию и духовному поиску. Особенно часты спонтанная тяга к мистицизму, древним и восточным духовным учениям, практике йоги и медитации и очарованность мифологией и религиозным искусством. Это связано со спонтанным проявлением новой трансцендентальной этики, очень похожей на концепцию Мэслоу о метаценностях и метамотивациях. Кажется, индивид получает доступ к системе ценностей, которую невозможно понять исходя из его или её ранней истории или культурных норм. Она вызывает чувства сострадания, терпимости, базовой справедливости и эстетического удовлетворения, имеющие трансперсональное или даже космическое качество. Успешное завершение процесса смерти-возрождения, таким образом, приводит к более радостному, интересному и удовлетворительному способу существования в мире, с чувством единства, смысла, естественной духовности и синергетического участия.

Это развитие включает значительное концептуальное расширение во многих направлениях, но не похоже, чтобы оно влияло на определенные базовые философские краеугольные камни ньютоно-картезианского мировоззрения. Мир всё ещё видится объективно реальным и материальным в своей сути. Пространство трехмерно, время линейно, а причинность признается основным принципом, управляющим ходом событий, хотя его корни значительно расширились до трансперсональных областей. Чтобы объяснить огромное расширение эмпирического мира, субъекту, возможно, потребуется включить в свое мышление внутриматочные переживания, расовую и филогенетическую память, метафизику ДНК, архетипическую динамику и закон кармы. Научно образованный индивид на этой точке обычно по-прежнему принимает Картезианское разделение сознания и материи и пытается найти материальный субстрат для всех своих ЛСД переживаний в структурах центральной нервной системы.

Когда психоделический процесс продолжается, и субъекты исследуют мир трансперсональных феноменов, многие из данных атрибутов ньютоно-картезианского мировоззрения становятся философски несостоятельными. Возможность преодоления ограничений материи, времени, пространства и линейной причинности испытывается столько раз и в таких разных формах, что её приходится интегрировать в новое мировоззрение. Хотя в практических вопросах повседневной жизни индивид всё ещё мыслит в рамках материи, линейного времени и причинности, философское понимание существования приближается к кашмирскому шиваизму, даосизму, тантрическому буддизму или современной физике. Вселенная перестает быть гигантским скоплением материальных объектов; она становится бесконечной системой приключений в сознании. Новое понимание имеет отчетливые холомные черты, и дихотомия между частью и целым, наблюдателем и наблюдаемым, детерминизмом и свободной волей, формой и пустотой или даже между бытием и небытием трансцендируется.

Так как большая часть информации из этой книги была получена в клиническом контексте, несколько слов надо сказать о значении данной трансформации для понимания эмоциональных нарушений и психотерапии. ЛСД процесс можно считать терапией в традиционном смысле до тех пор, пока самопознание не выходит за пределы биографических областей. Когда оно достигает перинатального уровня, его лучше описывать с позиции ритуала перехода или духовной трансформации. Хотя клиент всё ещё работает над эмоциональными, психосоматическими и межличностными проблемами, акцент обычно смещается к философскому и духовному поиску. Многие симптомы и трудности жизни исчезают в процессе, некоторые в психодинамическом контексте, другие во время процесса смерти-возрождения или в результате трансперсональных переживаний. Однако по мере

углубления процесса каждый без исключения клиент встречается с рядом проблем, которые раньше были латентными и проявились только во время ЛСД процедуры. Вообще, акцент должен стоять на хорошей интеграции каждого ЛСД сеанса в серии, а не на максималистичных долговременных целях вроде удаления всей негативности из сеансов, которые являются нереалистичными.

Однако в психоделическом подходе есть аспекты, гораздо более важные, чем забота о простом облегчении симптомов. Интенсивность и величина ЛСД переживаний настолько огромны, что они меняют базовую устойчивость к жизненным трудностям и саму концепцию того, что является трудностями. Упрощенный подход к жизни, стремящийся исключить любые трудные переживания и создать утопичный мир без проблем, заменяется «трансцендентальным реализмом», который видит темную и светлую стороны Вселенной двумя неотъемлемыми и нераздельными компонентами, как даосские инь и ян. С этой точки зрения цель состоит не в исключении из жизни негативных компонентов, а в развитии отношения, которое конструктивно охватит Вселенную, какой она является в своей сложной космической диалектике. В этом контексте разные аспекты процесса жизни, которые бы раньше показались негативными, обретают множество новых измерений и могут восприниматься с таких разных точек зрения, что становятся интригующими и интересными. Конечное примирение со Вселенной (необязательно с её status quo, а с разворачивающимся космическим процессом) происходит из прозрения о том, что тотальность существования формирует единое поле или сеть, которая эмпирически доступна каждому из нас. С точки зрения продвинутого ЛСД субъекта мы все являемся ответвлениями принципа, который создал Вселенную в её бесконечной сложности и поэтому ответственны за все происходящие в ней процессы.

СНОСКИ

1. Холономную теорию вселенной и человеческого мозга разработал физик Дэвид Бом и невролог Карл Прибрам. Это революционная парадигма, дающая возможность нового синтеза таких с виду несопоставимых областей, как мистицизм, современные исследования сознания, парапсихологию, нейрофизиологию и квантово-релятивистскую физику. Эта модель позволяет преодолеть различия между частью и целым или между отдельными объектами и недифференцированным единством. Она также предлагает новый подход к пониманию пространственных и временных характеристик феноменального мира. Ввиду своей важности для исчерпывающей теории человеческого разума она будет обсуждена детально в следующей книге.

2. Доктор Рик Тарнас, систематически изучавший корреляции между разными аспектами процесса духовного развития и главными планетарными транзитами, привлек мое внимание к тому фактору, что архетипические черты планет Нептуна, Сатурна, Плутона и Урана, описанные астрологией, показывают поразительные параллели с моими описаниями эмпирических характеристик БПМ I, БПМ II, БПМ III, БПМ IV соответственно.

3. Похожее понимание связи между разными школами психотерапии и определенными уровнями сознания недавно было выражено Кеном Уилбером в его концепции спектральной психологии.

4. Этот эпизод описан детально в моей книге «Области человеческого бессознательного», стр. 30

5. Смотри описание этого сгущения памяти в «Областях человеческого бессознательного», стр. 57-60

7. ПОКАЗАНИЯ К ЛСД ТЕРАПИИ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Проблемы оценки клинических результатов

Депрессии, неврозы и психосоматические симптомы

Алкоголизм, наркозависимость, расстройства личности и сексуальные девиации

Пограничные психотические состояния и эндогенные психозы
Эмоциональные страдания и физическая боль умирающих индивидов
ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Разногласия насчет потенциала и эффективности ЛСД терапии были одним из наиболее примечательных аспектов споров об ЛСД. Профессиональная литература, обсуждающая клиническое значение препарата, делится на три отчетливые категории. Первая группа публикаций состоит из восторженных сообщений ЛСД терапевтов, согласно которым были достигнуты значительные и относительно быстрые результаты в терапии эмоциональных нарушений, и не только тех, которые обычно реагируют на конвенциональное лечение, но также многих таких, у которых иначе очень мрачный клинический прогноз. В некоторых исследованиях ЛСД сообщалось о довольно драматичном успехе с хроническими алкоголиками, зависимыми от героина, субъектами с глубокими расстройствами личности, криминальными рецидивистами и индивидами, умирающими от рака. Вторая группа статей об ЛСД терапии включает исследования, давшие очень негативные клинические результаты и имеющие тенденцию опровергать восторженные сообщения первой группы. Наконец, третья группа клинических сообщений об ЛСД сосредоточена на описаниях всяких пагубных последствий самостоятельного экспериментирования с ЛСД. Так, образы ЛСД в профессиональной литературе покрывают широкий спектр, от терапевтической панацеи для психогенных нарушений до опасного вещества, вызывающего психоз. Поэтому без более глубокого понимания природы действия ЛСД из опубликованного материала о его клиническом использовании трудно сделать какие бы то ни было ясные выводы.

Оценка терапевтического потенциала ЛСД психотерапии ставит перед нами много серьезных проблем. Некоторые из них не специфичны для терапии при помощи ЛСД, а связаны с любым видом психотерапии или с психиатрической терапией вообще. Сюда входят не только трудности с точностью и надежностью измерительных приборов, но и отсутствие согласия в том, какими должны быть базовые индикаторы терапевтических изменений. Авторы, ограничивавшие свои усилия симптоматическим подходом, склонны считать главным критерием терапевтического прогресса уменьшение эмоциональных и психосоматических страданий. Более динамически ориентированные предпочитают сосредотачиваться на способности пациента решать конфликты или задачи жизни и на качестве межличностных отношений. Некоторые авторы выбирают более объективные, но менее конкретные индикаторы наподобие изменения психофизиологических или биохимических параметров. Это ещё больше усложняется разными критериями, отражающими современные социальные ценности, такими, как доход, профессиональные достижения или частная собственность. Трудности оценки психотерапевтических результатов лучше всего иллюстрирует тот факт, что исследователи, преданные Айзенку, всерьез утверждают, что не существует абсолютно никаких научных свидетельств терапевтической эффективности любой психоаналитически ориентированной психотерапии.

В оценке ЛСД психотерапии есть и несколько дополнительных проблем более специфичного плана. Этот вид лечения подразумевает гораздо больше, чем просто прием сильного психоактивного вещества; это сложный процесс, критически зависящий от многих нелекарственных переменных. Составными частями процесса лечения следует считать личность и подход терапевта и ряд факторов, связанных с установкой и обстановкой. В прошлом многие авторы считали ЛСД терапию просто химиотерапией и ожидали терапевтических результатов только от приема препарата, не считаясь со всеми подключенными экстрафармакологическими факторами. У других были разные уровни понимания сложности процесса и осознания важности психотерапии, которая предшествует лекарственным сеансам, сопровождает их и следует за ними. К сожалению, большая часть клинических сообщений об ЛСД терапии не дает достаточной информации об уровне и качестве проведенной психотерапевтической работы. Обсуждая терапевтические результаты, достигнутые при помощи ЛСД, очень важно понимать, что препарат сам по себе может лишь внести прежде бессознательный материал в сознание; результат этого процесса критически

зависит от способа работы с этим материалом и его интеграции. В эффекте препарата нет ничего изначально полезного или разрушительного *per se*.

Состояние духа и уровень сознания терапевта также является важной переменной в процессе лечения. Его или её способность сохранять спокойствие и поддержку при встрече с разными экстраординарными переживаниями и необычайно сильными эмоциями и сохранение высокого уровня открытости, терпимости и лояльности к целому спектру психоделических явлений— это критические факторы для терапевтического успеха. Роль терапевта в процессе настолько важна, что для него или неё невозможно объективно определить эффективность ЛСД психотерапии без критической оценки собственной роли в ней. По этой причине важным элементом ЛСД психотерапии является специальное обучение терапевта, включающее непосредственный опыт психоделических состояний сознания. ЛСД терапевтам легче позволять, поощрять и ценить определенные необычные переживания перинатальной или трансперсональной природы, имеющие терапевтическое значение, если они сами успешно встретились с ними в собственных психоделических сеансах.

Оценка терапевтических результатов психоделической терапии ещё больше усложняется тем фактом, что клиническое улучшение часто связано с глубокими переменами в жизненной стратегии, философском и научном мировоззрении и в базовой иерархии ценностей. Смягчение мощных психопатологических симптомов может сопровождаться явной потерей интереса к преследованию власти, статуса и положения. Ориентация на соревнования и достижения может замениться ориентацией на максимальное благополучие при минимальных расходах энергии и усилий. Прежде прагматичные и материалистичные индивиды могут обрести глубокий интерес и искреннее признание духовных аспектов существования. Тенденция к контролю и доминированию над другими людьми и природой может смениться синергическими и экологическими заботами. Психиатр, видящий нынешнюю западную систему ценностей, основанную на амбициях и соревновании, естественной, здоровой и, наконец, обязательной, может воспринять все эти изменения в психопатологических рамках и описать их, как проявления недостатка инициативы, потери интереса к социально значимым целям, или даже развитие психотических иллюзорных систем. Это можно проиллюстрировать эпизодом, произошедшим во время моей лекции в Медицинской Школе Гарвардского Университета в 1968 после того, как я описал драматичные клинические улучшения, которые наблюдал у нескольких моих пациентов во время ЛСД психотерапии. Эти изменения следовали за переживаниями смерти-возрождения, чувствами единства со всей Вселенной и разными трансперсональными явлениями. В обсуждении один из участников предложил интерпретацию, что прежнее невротическое состояние этих пациентов на самом деле сменилось психозом, потому что им теперь стали интересны духовные достижения, они всерьез рассматривали вероятность реинкарнации и стали глубоко интересоваться йогой и медитацией.

На данный момент ситуация в мире сильно отличается от той, которая была десять лет назад. Ограничения и опасности западной системы ценностей более чем очевидны. Критика односторонней ориентации на безграничный индустриальный рост поступает из разных направлений, неудачи соревновательной политики и технократии начинают затемнять успехи, а озабоченность окружающей средой обретает почву ввиду надвигающейся экологической катастрофы. Быстро меняются критерии здорового разума; согласно Абрахаму Мэслоу и другим гуманистическим и трансперсональным психологам, чувства единства со Вселенной и другие мистические переживания не надо считать психопатологическими явлениями. Они могут происходить у здоровых индивидов и ведут к самоактуализации и самореализации. Восточная система мышления и духовные практики принимаются многими взрослыми и хорошо образованными индивидами, которых нелегко отвергнуть как амбулаторных шизофреников. Всё большее признание среди профессионалов получает трансперсональная психология и психиатрия, недавно разработанная дисциплина, являющаяся попыткой интегрировать духовность и мистицизм в современную психологию и психиатрию.

Многие физики-теоретики приходят к выводу, что мистическое мировоззрение идеально совместимо с философскими выводами современной науки, особенно с теорией относительности и квантовой физикой. [1] Вполне возможно, если нынешняя тенденция продолжится, что индивиды, противящиеся мистицизму, в скором будущем окажутся эволюционными атавизмами. Однако на данный момент теория и практика основной линии психологии и психиатрии основана на ньютоновской механистической модели Вселенной и картезианской дихотомии между разумом и материей. Перцептуальное и когнитивное соответствие ньютоно-картезианскому мировоззрению и согласие с нынешней западной системой ценностей используются в качестве важных критериев психического здоровья. Этот факт нельзя игнорировать в оценке результатов психоделической терапии.

Из-за вышеприведенных факторов я изложу мой личный взгляд на потенциал ЛСД психотерапии, а не сбалансированный обзор клинической литературы по данной теме. Хотя я иногда и буду ссылаться на работу других ученых, утверждения в следующих разделах должны пониматься в контексте философии и практики, описанных в этой книге.

Вообще, ЛСД терапия показана для состояний, имеющих психологическую, а не органическую основу и являющихся результатом познания в самом широком смысле этого слова. Это необязательно исключает нарушения с явными физическими проявлениями, если психогенные факторы сыграли важную роль в их развитии. Это определение показаний для психоделической терапии довольно неточно и оставляет много пространства для индивидуального терапевтического экспериментирования. То, считается ли определенное нарушение психогенным или соматогенным, зависит от уровня развития медицинской науки вообще и от степени понимания конкретного заболевания в частности. Так как медицинское мнение насчет природы и генезиса различных нарушений редко бывает единодушным, диагноз проблемы как функциональной или органической часто будет отражать личную философию клинициста.

Есть состояния, для которых степень согласия среди разных исследователей будет очень высокой. Психологические факторы определенно очень важны в генезисе разных психоневрозов вроде тревоги или конверсионной истерии и обсессивно-компульсивного невроза. Похожим образом, психогенный компонент кажется несомненным в случае расстройств личности, алкоголизма, наркозависимости и различных сексуальных дисфункций и девиаций. Традиционно считается, что психосоматическое происхождение имеют бронхиальная астма, язвенная болезнь, псориаз и язвенный колит. Мнения клиницистов насчет соотношения психогенных и соматогенных факторов в различных депрессиях, пограничных психотических состояниях и так называемых эндогенных психозах наподобие шизофрении и маниакально-депрессивного заболевания значительно колеблются. В некоторых других случаях лишь малая часть исследователей считает психологические факторы сколь-нибудь актуальными; рак и коллагеновые болезни являются важными примерами.

К счастью, природа действия ЛСД, видимо, дает выход в тех случаях, когда терапевт не уверен. Один или два разведывательных психоделических сеанса обычно ясно покажут клиенту и терапевту, имеет ли нарушение важный психологический компонент. Эмоциональные и физические симптомы психогенного происхождения, как правило, усиливаются действием ЛСД, и содержание психоделического переживания даст важные прозрения о психодинамических, перинатальных и трансперсональных корнях проблемы. Во время начальных переживаний пациент также обычно получает ясное чувство о возможности повлиять на нарушение психотерапевтической работой на ЛСД сеансах. Как я упомянул ранее, один из наиболее примечательных аспектов действия ЛСД это его способность обнаруживать динамические структуры с сильным эмоциональным зарядом и выносить их содержание в сознание, делая возможным его интроспективный анализ и проработку.

Несмотря на то, что ЛСД психотерапия может быть полезной в очень широком спектре эмоциональных и психосоматических нарушений, её не следует считать легко доступной психиатрической панацеей. Это очень взыскательная и специализированная процедура, и здесь необходимо тщательное обучение терапевта. Течение ЛСД лечения не всегда одинаково

гладкое и безопасное, а его результат не всегда предсказуем и успешен. Есть определенные пациенты, требующие большого числа ЛСД сеансов, и в их случае терапевтический прогресс происходит медленно и болезненно. По ещё недостаточно понятым причинам, похоже, есть маленький процент индивидов с тяжелыми нарушениями, показывающих очень ограниченный терапевтический результат вопреки большому числу психоделических сеансов и огромному вложению времени и энергии. У некоторых других процесс не ограничивается временем фармакологического действия препарата, и интервалы между сеансами трудны или даже потенциально опасны.

Клинические состояния, в которых ЛСД психотерапия была успешной, делятся на четыре основные категории: 1) депрессии, неврозы и психосоматические симптомы; 2) алкоголизм, наркозависимость, нарушения личности и сексуальные девиации; 3) пограничные состояния и эндогенные психозы; 4) эмоциональные страдания и физическая боль умирающих, особенно раковых пациентов.

ДЕПРЕССИИ, НЕВРОЗЫ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

Вообще, чем менее серьезна клиническая проблема, тем результаты быстрее и драматичнее, и тем безопаснее лечебная процедура. Наилучшими кандидатами для ЛСД психотерапии, похоже, являются субъекты с хорошим интеллектом и адекватной межличностной и профессиональной приспособленностью, но недостатком интереса к жизни и чувства осмысленности. Хотя они могут казаться очень успешными по стандартам окружающего их общества, они не могут эмоционально соединиться со своими достижениями и наслаждаться ими. Эти симптомы попадают в категорию, которую Виктор Франкл называет ноогенной депрессией. Одного психоделического сеанса с высокой дозой ЛСД часто бывает достаточно, чтобы драматично изменить ситуацию. Выборочная акцентуация негативных аспектов мира и пессимистичная в своей основе философия существования, связанные с этим состоянием, могут быть рассеяны за часы. Эти прежде почти депрессивные индивиды обычно выходят из успешно интегрированного ЛСД сеанса с повышенным настроением, радостным приятием существования, повышенным самоуважением и приятием себя и лучшей способностью к глубоким человеческим отношениям. Внутренняя жизнь обогащается, они становятся более открытыми и выше ценят красоту в природе и искусстве. К тому же, многие из них способны креативно применить разные озарения из своих психоделических сеансов в профессиональной сфере.

Необычайно хорошо на ЛСД терапию реагируют разные формы депрессии. Вообще, депрессия это самый изменчивый психиатрический симптом, показывающий значительные колебания и без специального лечения. В результате психоделических сеансов может произойти два разных вида изменения депрессии, и важно их различать. Одиночный хорошо разрешенный и интегрированный ЛСД сеанс может совершенно развеять клиническую депрессию, иногда даже глубокую, длившуюся месяцы. Но это не значит, что депрессия окончательно исцелена и не может вернуться; у пациента может быть рецидив в результате разных психологических или физиологических факторов.

Это хорошо иллюстрируется влиянием ЛСД на так называемые периодические депрессии. У страдающего этим нарушением пациента происходят регулярные приступы депрессии, следующие устойчивой схеме, в смысле начала симптомов в определенные моменты года и определенной продолжительности эпизодов. Одиночный прием ЛСД часто может завершить глубокую периодическую депрессию, которая согласно обычной схеме длилась бы ещё несколько недель или месяцев. Однако это не обязательно меняет общий курс этого нарушения, и следующий эпизод депрессии может начаться в обычную дату и длиться ожидаемый период времени. Для того, чтобы изменить сложную динамическую структуру, лежащую в основе заболевания, и повлиять на всю его схему, потребуются систематическая работа в серийных ЛСД сеансах.

На ЛСД психотерапию, как правило, хорошо реагирует большинство невротических нарушений; но даже при мощном катализирующем эффекте препарата не следует ожидать терапевтического волшебства и моментального исцеления. Разные психоневрозы требуют

долговременного психоделического лечения. Вообще, большинство авторов, похоже, сходятся в том, что прогноз лучше в тех случаях, когда важными составляющими являются тревога и депрессия. Психиатрические пациенты, страдающие от свободно плавающей тревоги и тревожных неврозов, как и те, чья тревога принимает форму всяких фобий, хорошо реагируют на психоделическое лечение. Конверсионная истерия обычно создает больше трудностей, но ЛСД терапия часто успешна и с этим нарушением. Как и в конвенциональном психоанализе, тревога и конверсионная истерия могут создавать особые проблемы в плане переноса и контрпереноса. Моносимптомные неврозы необязательно легче лечить, чем имеющие богатую, разнообразную и сложную клиническую картину. Часто один вялый симптом конденсирует проблемы из многих разных областей и уровней пациента, и для разрешения может потребоваться большое число ЛСД сеансов.

Хотя иногда и сообщалось об успехе в лечении обсессивно-компульсивных невротиков [2], но по моему опыту, похоже, у них самый мрачный прогноз из всех категорий пациентов. На менее глубокие обсессивно-компульсивные состояния удавалось повлиять длительной ЛСД терапией, но серьезные случаи этой категории становились нашими самыми большими неудачами. Обычно чтобы преодолеть крайнюю сопротивляемость этих пациентов, нужны гораздо более высокие дозы, а для терапевтического прогресса необходимо большое число сеансов. Но можно предположить, что эти терапевтические неудачи отражают наше ограниченное понимание и неадекватную технику, а не аспект, присущий самому эмоциональному нарушению. Одной из важных переменных может быть тот факт, что психологические защиты этих пациентов тесно связаны с проблемой контроля анального сфинктера.

Травматические эмоциональные неврозы, происходящие от единственной основной травмы, такой, как военные действия, природные катастрофы, массовые несчастные случаи в прошлом были лучшими показаниями для абреактивной терапии с использованием наркотиков (наркоанализ) или гипнотических вмешательств (гипноанализ). Благодаря своим уникальным качествам абреактивного агента, ЛСД может очень успешно применяться в этих случаях. Единственный ЛСД сеанс с высокой дозой часто может смягчить или убрать очень изнуряющие симптомы этих нарушений. Иногда возможно использовать тот же подход в случаях, когда травматизация была длительной и хронической. В этом контексте мы должны упомянуть уникальную ЛСД программу для жертв нацистского режима, проведенную А. Бастиансом и его командой в голландском Лейденском Университете. Эти исследователи сообщили об успехе в проработке отсроченных последствий травм лишения свободы у бывших заключенных концлагеря (так называемый синдром концентрационного лагеря).

ЛСД процесс может глубоко повлиять на сексуальные переживания и поведение. Интенсивность, глубина и полнота сексуального оргазма и легкость, с которой он происходит, похоже, тесно связаны с процессом отказа от психологических защит. Многие проблемы этой области можно проследить до бессознательного спутывания образа генитального оргазма с тотальным физическим освобождением, характеризующим оргазм рождения. Когда ЛСД субъекты учатся отпускать в процессе смерти-возрождения, их способность к оргазму значительно повышается; это улучшение сексуальных переживаний может наблюдаться и у мужчин, и у женщин. У индивидов, не имевших особых психопатологических симптомов до ЛСД сеанса, тот же эффект обычно может наблюдаться после одного или нескольких высокодозовых психоделических опытов. На ЛСД психотерапию часто хорошо реагируют сексуальные неврозы наподобие фригидности, вагинальных спазмов (вагинизм), генитальной боли во время полового акта, импотенции и преждевременного семяизвержения; Однако эффективное лечение этих нарушений обычно требует серийных приемов препарата и эмпирической конфронтации с корнями этих нарушений на перинатальном уровне.

В прошлом ЛСД психотерапия благоприятно влияла на широкий спектр психогенных физических проблем; это относится равно к органоневротическим проявлениям, симптомам, имеющим динамическую структуру истерических или прегенитальных конверсий и к психосоматическим болезням. Болезненные состояния всяческих типов вроде обычных

мигреновых головных болей, сильных менструальных спазмов, желудочных или кишечных спазмов, болей в мышцах спины или в поясничной области и даже артритических болей без явной органической основы в ходе ЛСД терапии можно проследить до их истоков и проработать. Невротические расстройства разных органов вроде сердечных дисфункций, болей в желудке, трудностей с дыханием, чрезмерного потения, мышечных треморов, запоров или диареи и нерегулярности менструаций часто исчезают в ходе ЛСД лечения. Далеко идущие улучшения близорукости, произошедшие в качестве неожиданного побочного эффекта во время ЛСД психотерапии с двумя невротическими пациентами в Праге, подталкивают к мысли, что в некоторых случаях у этого нарушения есть составной компонент психогенного мышечного напряжения, который можно разрешить психоделическим лечением. Прегенитальные конверсии наподобие психогенной астмы, разных мышечных тиков и заикания обычно довольно устойчивы к ЛСД терапии, что может быть связано с лежащей в их основе обсессивно-компульсивной структурой личности. Но ситуация далека от безнадежной, и пациенты с этими нарушениями иногда успешно излечивались серийными ЛСД сеансами. Особенно интересным показанием к ЛСД психотерапии, видимо, является псориаз; драматичные улучшения даже в тяжелых случаях независимо сообщались несколькими терапевтическими группами. Исчезновение разных кожных нарушений, особенно различных экзем, является очень частым наблюдением в психоделическом лечении.

У некоторых пациентов ЛСД психотерапия приводила к драматичному улучшению определенных неподдающихся лечению физических проблем, которые традиционно считаются органическими по происхождению; примерами являются определенные хронические инфекции наподобие цистита, бронхита и синусита. Возможный терапевтический механизм следует из факта, что такие физические изменения немедленно следовали за разрешением и интеграцией психологического гештальта, в котором большую роль играла соответствующая область. В качестве иллюстрации этого можно упомянуть опыт Тани, описанный в следующем разделе. Это может значить, что инфекционный агент является лишь одним (а возможно, и второстепенным) элементом в развитии и сохранении этого состояния. Гораздо более важным фактором кажется пониженная жизнеспособность органа или ткани, что приводит к неэффективной защите от бактерий. Нетрудно увидеть, какую важную роль здесь играют психологические факторы. Одним из важных механизмов может быть, например, психогенное сужение афферентных кровеносных сосудов, приводящее к ограниченному поступлению крови к пораженной области и понижению её иммунобиологических ресурсов. Интересно, что во время сеанса, непосредственно предшествующего клиническому улучшению физической проблемы такого рода, ЛСД субъекты обычно сообщают о снятии блока и свободном течении крови и восстановлении энергии в пораженной области. Это обычно связано с бодрящим чувством приятного тепла и ощущениями покалывания.

АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОЗАВИСИМОСТЬ, НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ И СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕВИАЦИИ

Многие из эмоциональных и психосоматических нарушений, описанных выше, по большому счету, остаются в пределах показаний к традиционной аналитически ориентированной психотерапии. Использование ЛСД в качестве дополнения в этих случаях усилит, углубит и ускорит терапевтический процесс. Однако ЛСД психотерапия может успешно применяться в некоторых диагностических категориях, лежащих за пределами традиционных показаний к динамической психотерапии. Многие клинические исследования психоделической терапии сообщали о драматичных результатах у хронических алкоголиков. К сожалению, у большинства из них оценка основывалась на клинических впечатлениях. Как и большинство результатов, изложенных в психоаналитической литературе, здесь остается много места вопросам и критике с точки зрения строгой методологии исследования.

В большом, контролируемом исследовании, проведенном нашей группой в Мерилендском Центре Психиатрических Исследований, 135 госпитализированным алкоголикам случайным образом назначили либо высокодозовое (450 мкг), либо низкодозовое (50 мкг) ЛСД лечение. Через шесть месяцев независимая оценочная группа определила 53%

высокодозовой группы, как «существенно реабилитированных», что можно сопоставить с 33% низкодозовой группы. В статистическом плане у этой разницы было только пять шансов из ста быть случайной. Различия между высоко- и низкодозовой группами перестали быть такими большими после восемнадцати месяцев, когда значительные улучшения признали у 54% высокодозовых пациентов и 47% низкодозовых.

Общие результаты этого исследования были впечатляющими, учитывая, что пациентами были добровольцы из Корпуса Реабилитации Алкоголиков государственной психиатрической больницы и что большинство из них имели лишь один высокодозовый ЛСД сеанс и несколько часов немедикаментозной психотерапии до и после него. Интересным и неожиданным исследовательским открытием было драматичное улучшение у некоторых пациентов из контрольной группы, получивших лишь 50 мкг ЛСД дважды, в отличие от 450 мкг экспериментальной группы. Изначально доза в 50 мкг считалась нами активным плацебо, терапевтический эффект которого должен быть незаметным. На самом же деле у некоторых пациентов из низкодозовой группы были очень важные переживания, в то время как у нескольких индивидов из высокодозовой категории были бессобытийные психоделические сеансы. Заинтересованный исследователь найдет более детальное описание этого исследования в журнале группы Спринг Грув, названном «Экспериментальное использование психоделической (ЛСД) психотерапии».

Данные результаты группы Спринг Грув резко контрастируют с результатом широкого контролируемого исследования, которое провели Людвин, Гевин и Старк в государственной больнице в Мэдисоне, Висконсин. Авторы случайно распределили 176 вызвавшихся на этот проект алкоголических пациентов по следующим четырем группам: 1. «Психоделическая терапия» с ЛСД, 2. Гипноделическая терапия с ЛСД, 3. Просто прием ЛСД, 4. Вообще никакой конкретной терапии (терапия средой). К тому же, половине каждой группы было предложено лечение антабусом после завершения эксперимента. Результаты этого исследования были убийственно негативными; авторы не обнаружили заметных различий между всеми группами, и общий уровень ремиссий был чрезвычайно низким. После шести месяцев 70-80% пациентов всех категорий пили, а через год это число лежало между 80 и 90%. Даже введение Антабуса ничего не изменило в этом контексте.

Это исследование так хорошо соблюдало формальные критерии современного медицинского исследования, что получило от Американской Психиатрической Ассоциации премию Хофхеймера. Поэтому негативные результаты этого проекта заслуживают особого внимания; их можно использовать для демонстрации некоторых базовых принципов, выделенных в этой книге. Далее я буду ссылаться на резкую критику, которую Чарльз Сэвэдж представил в Марте 1971 на собрании персонала Мерилендского Центра Психиатрических Исследований, где он был заместителем директора. Он показал, что в этом исследовании можно обнаружить серьезные недостатки, которые на поверхности казались методологически обоснованными и тщательно продуманными. В прошлом, существенные заявления о быстром и драматичном терапевтическом успехе с алкоголизмом делались только в отношении психоделического подхода; ни один ЛСД терапевт не обнаружил, что один психолитический сеанс с ЛСД мог оказать глубокий эффект на алкоголических пациентов. Людвиг и его сотрудники были знакомы с главными характеристиками психоделической терапии, как видно из точного определения, данного в их книге. Но в настоящем исследовании они отвергли психоделическую модель, при этом намереваясь её проверить, и пренебрегли многими элементами, которые психоделические терапевты считают обязательными для терапевтического успеха. Терапевтами, участвовавшими в этом проекте, были тринадцать частных терапевтов и терапевтов из государственной больницы, не преданных данной работе и совершавших её как периферическую деятельность. Ни один из них лично не испытал психоделическое или гипнотическое состояние; они не были опытными ни в ЛСД терапии, ни в гипнотерапии и имели с обоими лишь поверхностное ознакомление. Подготовка к ЛСД сеансу ограничивалась одним двухчасовым сеансом, половина которого тратилась на измерения внушаемости. Позже авторы оправдали это радикальное сокращение

подготовительной работы тем, что ни один пациент не стал психотиком. Этот факт можно использовать в качестве иллюстрации безопасности ЛСД, но это определенно не доказывает то, что процедура была адекватной для терапевтических целей. Хотя ими использовались дозировки из нижнего диапазона психоделической терапии (3 мкг/кг), подход был, в сущности, психолитическим. Был постоянный вербальный обмен, который, как известно, повышает сопротивление пациента и препятствует глубокой регрессии. Терапевты присутствовали с пациентами только три часа сеанса и в оставшиеся часы действия препарата оставляли их одних. Мистические переживания, считающиеся в психоделической модели наиболее важными, сообщались лишь 8.4% пациентов, по сравнению с 78% исследования Спринг Грув. Чарльз Сэвэдж пришел к выводу, что проект отражал сильную предвзятость авторов. Когда ЛСД был популярен, Левин и Людвиг публиковали позитивные результаты использования гипноделической терапии с наркозависимыми, группой, которую обычно труднее лечить, чем алкоголиков. Когда ЛСД пал в немилость, и позитивные результаты стали политически неблагоприятными, они добились негативных результатов. Бессознательно или сознательно они внесли в свое исследование множество антитерапевтических элементов, гарантировавших терапевтическую неудачу. В качестве важных элементов можно упомянуть здесь использование неопытных и немотивированных терапевтов, изъятия в подготовке, антимистическую ориентацию, нарушение базовых правил психоделической терапии и критический недостаток человеческой поддержки и заботы. ЛСД лучше всего можно описать как усилитель, и в этом исследовании он, видимо, усилил бездарность, хотя и идеально опубликованную и использовавшую элегантные статистические техники.

На основе вдохновляющих результатов с алкоголиками группа Мерилендского Центра Психиатрических исследований провела исследование ЛСД психотерапии с зависимыми от героина. Всеми добровольцами на эту программу были мужчины, отбывающие наказание в Мерилендских исправительных учреждениях, в основном, за воровство, грабежи и участие в нелегальной торговле наркотиками. Тех, кто были заинтересованы в участии в исследовании, исследовательский состав рекомендовал на слушание об условно-досрочном освобождении в Совете по Условно-Досрочному Освобождению и Пробы. В исследовательскую программу были приняты только индивиды, получившие условно-досрочное освобождение. У половины добровольцев был один высокодозовый психоделический сеанс после примерно 23 часов интенсивной психологической подготовки, а другая половина амбулаторно участвовала в обычной программе немедикаментозной терапии, длившейся примерно столько же. Распределение пациентов по экспериментальной и контрольной группе было сделано на случайной основе. Обе группы должны были после лечения постоянно оставаться на связи с поликлиникой и сдавать мочу на химический анализ. Результаты этой экспериментальной лечебной программы были опубликованы двумя членами группы Спринг Грув, Чарльзом Сэвэджем и Ли МакКейбом. Одиннадцать из тридцати четырех пациентов ЛСД группы не вернулись к наркотикам в течение последующего шестимесячного периода, а также один контрольный субъект продемонстрировал сопоставимое улучшение. В последующий год продолжали воздерживаться восемь ЛСД пациентов и ни один из контрольной группы. Хотя этот результат и не был абсолютно драматичным, его сочли многообещающим для крайне трудной категории пациентов. Краткосрочные последующие исследования наркозависимых показали, что обычно 94-97% пациентов возвращаются к приему наркотиков в течение нескольких недель после конвенционального лечения.

Один аспект психоделической терапии алкоголиков и зависимых от героина заслуживает особого упоминания. Если успешное лечение психоневрозов и психосоматических расстройств обычно требует целых серий терапевтических психоделических сеансов, то в этих двух категориях часто можно наблюдать поразительные улучшения после одного ЛСД переживания. Раньше упоминалось, что это может быть связано с тем, что многие алкоголики а наркозависимые достигают трансцендентальных состояний сознания. В программе Спринг Грув число сеансов на пациента было ограничено дизайном исследования. Все зависимые от героина и алкоголики получили только один ЛСД сеанс; у некоторых алкоголических

пациентов было два или, очень редко, три сеанса. Есть хорошие основания полагать, что можно было бы достичь гораздо лучших клинических результатов, если бы дизайн исследования был менее ригидным. В более свободной ситуации в Праге, где было возможно назначать серийные ЛСД сеансы без ограничений, в некоторых случаях мы наблюдали не только длительное воздержание, но и глубокую позитивную перестройку личности алкоголика или наркозависимого.

В этом контексте следует упомянуть ещё одну категорию трудных пациентов с мрачным прогнозом, на которых иногда может повлиять психотерапия с использованием ЛСД. Есть указания на то, что определенные индивиды с асоциальными, антисоциальными и криминальными тенденциями могут получить пользу от ЛСД лечения. Некоторые аспекты психоделического процесса, похоже, позволяют достичь позитивных результатов с этими субъектами. Самое серьезное препятствие для эффективной психотерапии социопатических индивидов в обычных обстоятельствах это их неспособность формировать, развивать и поддерживать отношения. Это значительно мешает терапевтическому процессу, так как важным элементом терапевтических изменений считается сильная эмоциональная связь с терапевтом. Хорошо известно, что во время психоанализа даже открытие сокровенного личного материала, как правило, приводит к развитию отношения переноса у большинства субъектов. Этот фактор гораздо более силен в психоделической терапии; одно лишь понимающее и поддерживающее участие в ЛСД сеансе субъекта автоматически приведет к образованию сильной эмоциональной связи. Эта связь может быть позитивной, негативной или явно амбивалентной, но пациенту нелегко избежать какой-то реакции. Хотя это лишь предпосылка для успешной терапии, а не обязательно терапевтический элемент *per se*, это важное условие для успешного лечения индивидов с социопатическими чертами. К тому же, ЛСД переживание дает эффективные каналы для разрядки и интеграции огромных количеств агрессии и деструктивных чувств, лежащих в основе антисоциальных действий. Даже более важными в этом контексте кажутся эмпирический доступ к областям трансцендентальных чувств и связь с системой метаценностей. В результате этого криминальное поведение часто выходит из узкого контекста восстания против человеческого общества и неожиданно может быть увидено, как нарушение космического порядка.

Несколько ЛСД терапевтов иногда описывали хорошие результаты у отдельных пациентов с антисоциальными тенденциями в контексте больших клинических исследований, включавших широкий спектр диагностических категорий. В некоторых случаях исследователи проводили специальные исследования, посвященные антисоциалам и криминалам. Арендсен-Хейн лечил 21 криминального психопата обычными ЛСД сеансами, используя дозировки в 50-450 мкг. После периода в 10-20 недель терапии 12 достигли клинического улучшения и двое—значительного улучшения.

В ранних шестидесятых группа Гарвардских психологов, возглавляемая Тимоти Лири, начала исследовательскую программу психоделической терапии с рецидивистами в государственной тюрьме Конкорда в Массачусетсе. Используемым в этом проекте препаратом был не ЛСД, но очень близкий к нему псилоцибин, активное психоделическое вещество мексиканских священных грибов *Psilocybe Mexicana*. Уникальным аспектом этого исследования было то, что психологи принимали препарат вместе с заключенными, хотя при этом всегда присутствовал трезвый «наземный контроль» и наблюдающий психиатр. Результатом этого исследования, в котором было проведено более двухсот психоделических сеансов с людьми, осужденными за свое антисоциальное поведение, было статистически значимое понижение новых преступлений, совершенных группой, имевшей псилоцибиновые переживания. Несколько лет назад Уолтер Хьюстон Кларк провел неформальное дополнительное исследование, результаты которого были довольно впечатляющими. Была сделана, по крайней мере, одна интересная попытка интегрировать ЛСД терапию в сложный терапевтический режим в условиях максимальной безопасности. Результаты этого эксперимента, проведенного Отделением Максимальной Безопасности в Центре Психического здоровья в Пенетангуишене, Онтарио, опубликовал G. J. Maier, D.L. Tate, B.D. Paris.

Хорошие клинические результаты иногда описывались в случае пациентов с разными сексуальными отклонениями, которые обычно очень устойчивы к конвенциональной терапии или терапии вообще. Среди них самый лучший прогноз, похоже, имеют индивиды с садистскими и мазохистскими тенденциями. Когда психоделический процесс достигает перинатального уровня, становятся доступными мощные каналы для разрядки и интеграции огромных объемов агрессивных и саморазрушительных импульсов. Переживания последовательностей смерти-возрождения дают уникальные возможности для разрешения тесной перинатальной связи между сексуальностью и агрессией, лежащей в основе садомазохизма. Некоторые другие сексуальные девиации, которые могут отреагировать на психоделическую терапию, включают фетишизм, эксгибиционизм и копрофилию. Хотя хорошие результаты иногда сообщались и для мужской и женской гомосексуальности, в этой области трудно сделать обобщенные утверждения ввиду гетерогенности и сложности вовлеченных проблем. Прогноз для пациентов этой категории критически зависит от природы их проблемы, их собственного отношения к своему сексуальному поведению и мотивации к терапии. Позитивный результат может ожидаться только в том случае, если индивид считает девиацию проблемой, имеет сильный интрапсихический конфликт в связи с ней и показывает активную заинтересованность в лечении.

Нарушения личности разного рода, иногда даже тяжелые и сложные случаи, можно рассматривать для ЛСД терапии, если доступно хорошо оборудованное учреждение с обученным персоналом. Обычно несколько пробных сеансов дадут терапевту достаточные указания о прогнозе данного индивида. В течение ЛСД терапии нарушений личности, которые изначально были бессимптомными, в свободных интервалах между сеансами часто можно наблюдать временные проявления разных невротических и психосоматических симптомов.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ

Психиатрических пациентов с пограничными и явными психотическими состояниями необязательно исключать из психоделической терапии. Хотя клинические опыты лечения шизофренических и других психотических состояний при помощи ЛСД довольно ограничены, можно сделать определенные общие выводы. По большому счету, прогноз у психотических индивидов выглядит гораздо более хорошим, чем у мощно защищающихся невротиков, особенно у обсессивно-компульсивных пациентов. Но это утверждение не безусловно и требует прояснения и уточнения. ЛСД работа с индивидами, имеющими серьезные нарушения, это очень непростой и интенсивный процесс, требующий специальной подготовки и обучения. Её не должен проводить человек, не имевший достаточно опыта в ЛСД сеансах с «нормальными» и невротическими индивидами. Интервалы между сеансами могут характеризоваться драматической экстериоризацией или интенсификацией разных психотических симптомов. На определенных критических стадиях психоделического процесса внутренние переживания и поведение клиента могут быть почти полностью сосредоточены на терапевте, в смысле «трансферентного психоза». Абсолютной необходимостью для такого предприятия является специальный лечебный корпус с обученным персоналом и круглосуточным наблюдением.

Глубочайшие корни шизофренической симптоматиологии всегда можно найти в разных перинатальных матрицах и негативных трансперсональных переживаниях. Терапевт, разделяющий сложное путешествие, запущенное ЛСД у психотического пациента, должен оставаться спокойным и сосредоточенным в течение всего процесса, который может оказаться дикой эмоциональной и концептуальной каруселью. Я проиллюстрирую этот процесс историей Милады, так как это важно не только для ЛСД терапии шизофрении, но также и для базового понимания динамики психоза.

Милада была 38-летним психологом, она много лет перед началом ЛСД лечения страдала сложным невротическим нарушением, включавшим ряд обсессивно-компульсивных, органоневротических и истерически конверсионных симптомов. Она начала систематическое психоаналитическое лечение, но через четыре месяца её пришлось госпитализировать из-за

того, что у неё развились острые психотические симптомы. Важной частью её клинической симптоматики была эротоманиакальная иллюзорная система. Милада была убеждена, что её работодатель глубоко в неё влюблен, и она сама чувствовала непреодолимую привязанность и сексуальное влечение к нему. Она ощущала странную эротическую и духовную связь между ними, которую они испытывали интрапсихически, за видимостью их довольно формального социального взаимодействия. Через несколько недель она начала галлюцинировать голос своего воображаемого любовника. В этих галлюцинациях она слышала, как он детально описывал свои страстные чувства к ней, обещал прекрасную совместную жизнь в будущем и давал ей советы или определенные предложения. В вечерние и ночные часы Милада испытывала сильные сексуальные ощущения, которые интерпретировала, как половой акт на расстоянии, магически осуществляемый её «любовником». Хотя в настоящих сексуальных ситуациях она всегда была фригидной, во время этих эпизодов она испытывала оргастические чувства космических пропорций.

Госпитализация Милады стала неизбежной, когда она начала действовать под влиянием своих иллюзий и галлюцинаций. Однажды утром она оставила своего мужа, попыталась вселиться в квартиру своего работодателя со своими детьми и подралась с его женой. Она ссылалась на его «голос», который якобы сказал ей, что они оба разведены и теперь могут жить вместе. После многих месяцев безуспешного лечения рядом транквилизаторов и антидепрессантов, а также индивидуальной и групповой психотерапией, она была выбрана для *психолитической терапии* с ЛСД.

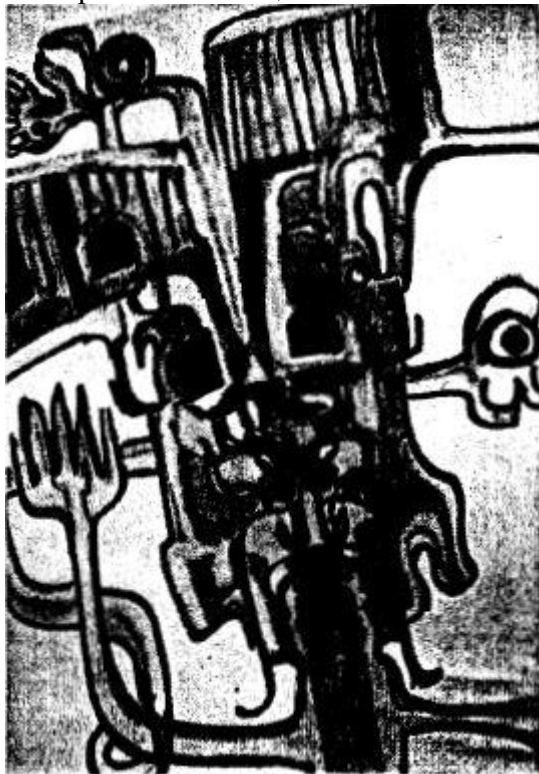
После двенадцати ЛСД сеансов психотические симптомы совершенно исчезли, и Милада полностью осознала иррациональность своего прошлого поведения. В более чем тридцати последующих сеансах она работала над рядом сложных невротических и психосоматических проблем, повторно проживая травматические воспоминания разных периодов своей жизни и прослеживая свои нынешние проблемы до их эмоциональных источников в своем несчастливом детстве. Больше всего времени было уделено её сложной ситуации в браке. Её муж был жестоким, бесчувственным и физически агрессивным; он был эмоционально поглощен погоней за политическим карьерным ростом и не давал ей эмоциональной поддержки. Оба её ребенка подавали признаки серьезных эмоциональных нарушений, требовавших профессиональной помощи.

Потом ЛСД сеансы перешли в перинатальную область, и Милада испытала весь спектр характерных для процесса смерти-возрождения переживаний. Эмоции и физические ощущения, связанные с повторным проживанием её трудного рождения, во время которого умер её брат-близнец, были настолько ужасны, что она называла эти сеансы «психологической Хиросимой». Когда она, наконец, завершила процесс рождения и испытала финальную смерть эго, я ожидал выраженного улучшения, как в случае большинства невротических пациентов. Но к моему великому удивлению, я наблюдал внезапное и полное возвращение исходной психотической симптоматики, которую Милада не проявляла многие месяцы. Единственным отличием было то, что на этот раз я стал основной целью всех психотических явлений; в процессе ЛСД психотерапии у неё развился трансферентный психоз.

Здесь Милада считала, что находится под гипнотическим влиянием, и ощущала постоянный раппорт со мной, как на ЛСД сеансах, так и во время свободных интервалов. Она ощущала взаимный обмен мыслями и даже вербальную коммуникацию. Интересно, что в некоторых этих галлюцинаторных беседах мы «продолжали психотерапию». Милада «обсуждала» со мной разные аспекты своей жизни и осуществляла действия, которые советовал мой иллюзорный голос, например, несколько часов купания и физических тренировок каждый день и упражнения в женской работе по дому. В этих галлюцинаторных разговорах я сказал ей, что решил оставить терапевтическую игру и стать её любовником и мужем; я также разрешил ей использовать мою фамилию вместо фамилии мужа. Голос постоянно убеждал её в моей любви, говорил, что её развод уже осуществлен, и просил перебраться со своими детьми в мою квартиру. Из контекста её ЛСД сеансов было ясно, что это желанное магическое мышление было явлением переноса, отражающим её ранние

симбиотические отношения со своей матерью. Среди прочего, Милада говорила о «гипногамных сеансах», которые она получала от меня в вечерние и ночные часы. Сексуальные ощущения и галлюцинации полового акта интерпретировались ей, как намеренные уроки ощущения секса, которые я решил дать ей, чтобы ускорить терапию.

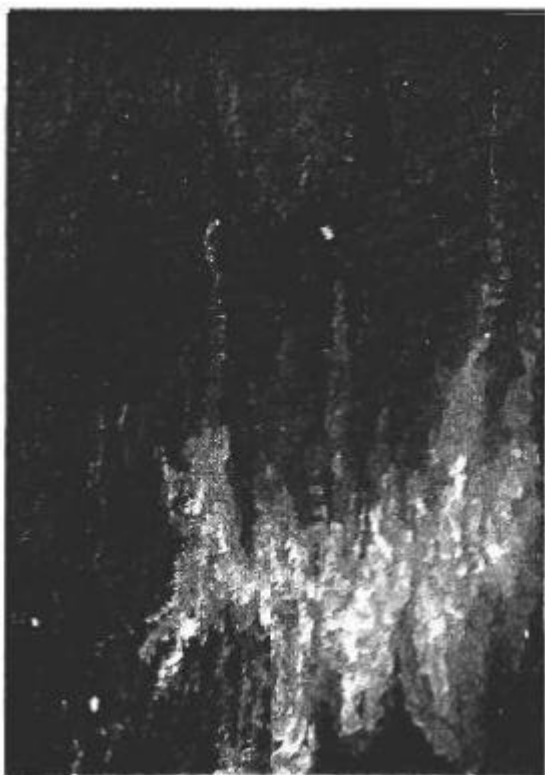
В определенный момент Милада проводила много часов в день в странных позах, которые напоминали кататонию; однако всегда было возможно вывести её из них, поговорив с ней. Тогда она принимала нормальную позу, отвечала на вопросы и логически объясняла свое поведение. Её эмоциональное и психосоматическое состояние в то время зависело от позиции её тела. В некоторых позах она испытывала экстатическое блаженство, океанические чувства и чувство космического единства; в других—глубокую депрессию, тошноту и метафизическую тревогу. Она сама связывала этот феномен с ситуацией во время своего внутриматочного существования, где ей приходилось физиологически и механически бороться со своим братом-близнецом.





Переживание элементов коллективного бессознательного во время трансперсонального сеанса. Пациент стала членом древней культуры, которую она не могла определить по названию, историческому периоду или географическому расположению. Однако она могла рисовать в её художественном стиле.





Архетипические демонические существа, виденные во время трансперсонального сеанса. Выше: стилизованный дракон космических размеров, представляющий принцип метафизического зла. Ниже: образ крылатого демонического существа, заслоняющий источник божественного света и мешающий субъекту достичь его и соединиться с ним.

На основе прошлых опытов с другими пациентами я продолжил регулярные еженедельные приемы ЛСД вопреки сохраняющимся психотическим симптомам. Эти сеансы почти полностью состояли из негативных переживаний трансперсональной природы. Был важный акцент на повторном проживании неприятных внутриутробных воспоминаний, которые она связывала с эмоциональным стрессом и болезнью своей матери во время беременности, разными эмбриональными кризисами и механическим дискомфортом в связи с ситуацией близнецов в матке. Также у неё было несколько негативных кармических последовательностей и архетипические переживания демонической природы.

На финальной стадии лечения произошел самый необычный феномен: ЛСД вдруг оказал отчетливо парадоксальный эффект. Под влиянием ЛСД Милада казалась нормальной и получала способность к рассуждению и критическому мышлению; когда эффект препарата исчезал, симптомы трансферентного психоза возвращались. Наконец, на своем девяностом сеансе она испытала в течение нескольких часов глубокие экстатические чувства, с преобладанием паттерна космического единства. К моему удивлению, она вышла из этого сеанса без прежних психотических и невротических симптомов и с совершенно перестроенной личностью.

Согласно её собственному описанию, теперь она могла ощущать саму себя и мир совершенно иначе, чем раньше. Она ощущала интерес к жизни, новое понимание природы и искусства, совершенно другое отношение к своим детям и способность отказаться от своих прежних нереалистических амбиций и фантазий. Она смогла вернуться на работу и адекватно её выполнять, развелась со своим мужем и жила независимо, заботясь о двоих детях. Насколько мне известно, она больше не нуждалась в психиатрической помощи в течение более чем двенадцати лет после завершения своего ЛСД лечения.

У некоторых других шизофренических пациентов, которых я лечил ЛСД терапией, процесс был сходным, но менее сложным и драматичным, чем описанный выше. [3] Кеннет

Годври, американский психиатр, также пробовал выполнить эту трудную задачу и сообщил об успешном лечении психотических пациентов серийными ЛСД сеансами.

Даже в наилучших обстоятельствах пациентов с выраженными параноидными тенденциями не следует лечить ЛСД психотерапией, пока они включают терапевта в параноидную систему и видят его или её одним из преследователей. Хорошие терапевтические отношения, основанные на базовом доверии, это самый важный элемент успешного психоделического лечения. Информированное согласие, активный интерес и хорошее сотрудничество являются необходимыми условиями для гладкого течения терапии. Этого очень сложно достичь с параноидными пациентами; даже в мягких случаях требуется длительная и интенсивная немедикаментозная работа. Если ЛСД дается параноидному пациенту, он или она имеет тенденцию переживать сеанс в тотальной психологической изоляции и обвинять терапевта во всех эмоциональных и психосоматических страданиях. Необычная природа и цель психоделических переживаний в этих обстоятельствах могут не только мощно подкрепить и оправдать убежденность в злых намерениях терапевта, но и увеличить его или её образ в глазах пациента до зловещей фигуры космических пропорций.

ЛСД психотерапией также можно лечить психотические состояния маниакально-депрессивного типа, хотя с этой категорией пациентов могут возникнуть особые проблемы. Единственный ЛСД сеанс часто может вызвать полную ремиссию депрессивного или маниакального эпизода. Похожим образом, единственный прием препарата может изменить фазу заболевания, обращая депрессию в манию или наоборот. В этом смысле эффект ЛСД сравним с электрошоковой терапией. В концептуальной системе, изложенной в этой книге, такие изменения можно понимать, как трансмодуляции СКО или БПМ—химически вызванные сдвиги влияния динамических управляющих систем на эго пациента. Похоже, в случае маниакально-депрессивных нарушений ЛСД может осуществить такие изменения гораздо легче и чаще, чем в других диагностических категориях. Это может быть по причине того, что неустойчивость и периодичность это характеристики, свойственные данному заболеванию.

Трансмодуляции СКО или БПМ не следует принимать за исцеление заболевания. Всегда есть вероятность, что в будущем произойдет другая депрессивная или маниакальная фаза, когда скрытые негативные системы будут активированы разными физическими импульсами, особыми психологическими стрессами или физиологическими изменениями в организме. Однако в некоторых случаях кажется возможным повлиять на психологические корни и базовые механизмы, лежащие в основе этого заболевания, систематической интрапсихической работой в серийных ЛСД сеансах. У этой процедуры есть свои особые риски, главным из которых является возникновение глубоких депрессий с суицидальными тенденциями после некоторых сеансов. Как и с пограничными психотическими состояниями и шизофреническими психозами, ЛСД терапия маниакально-депрессивных нарушений должна проводиться на стационарной основе, или, по крайней мере, должно быть всегда доступно подходящее учреждение для временной госпитализации, если этого требует состояние или клиент.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАДАНИЯ И ФИЗИЧЕСКАЯ БОЛЬ УМИРАЮЩИХ ИНДИВИДОВ

Возможно, самым интересным и многообещающим применением ЛСД психотерапии является её использование с серьезно больными людьми, которые приближаются к смерти. Хотя этот подход систематически исследовался с раковыми пациентами, он применим и с людьми с другими смертельными заболеваниями. Использование психоделической терапии в этой области было детально обсуждено в предыдущей книге, а здесь будет только кратко описано.

Начальное предположение о том, что психоделическая терапия может быть полезной для людей со смертельными болезнями, независимо пришло от американского педиатра российского происхождения, Валентины Павловны Уоссон и от писателя и философа Олдоса Хаксли. Уоссон пришла к этому выводу на основе своего опыта с мексиканскими священными грибами, а Хаксли—в результате своих психоделических сеансов с мескалином и ЛСД.

Пионерская клиническая работа с раковыми пациентами была проведена в ранних шестидесятых в чикагской Медицинской Школе Эриком Кастом, который изначально был заинтересован в возможности использовать ЛСД в качестве анальгетика. Систематическое комплексное исследование действия психоделической терапии на раковых пациентов в отношении их эмоционального состояния, физической боли, понимания смерти и отношения к умиранию было проведено Мерилендским Центром Психиатрических исследований. Инициатором и изначальным руководителем этого исследовательского проекта был Уолтер Панке; после его смерти я принял медицинскую ответственность и завершил его вместе с Вильямом Ричардсом. В этой программе более сотни раковых пациентов в течение лет лечили психоделической терапией и похожим короткодействующим веществом, DPT (дипропилтриптами́н). Довольно устойчивые позитивные изменения наблюдались в трех разных областях. Многие пациенты показывали определенное понижение разных эмоциональных симптомов, например, депрессии, общего напряжения, нарушений сна и психологической отстраненности. ЛСД терапия также оказывала поразительное, хотя и непредсказуемое, действие на сильную физическую боль. У некоторых пациентов, не реагирующих на анальгетики или наркотики, боль ослаблялась или даже полностью прекращалась на недели или месяцы после единственного ЛСД сеанса. Наиболее примечательные изменения наблюдались в понимании пациентами смерти и их отношении к умиранию. Пациенты, имевшие перинатальные или трансперсональные переживания, как правило, показывали выраженное понижение страха смерти. Их понимание процесса умирания изменялось в направлении древних или восточных систем верований, согласно которым сознание или какая-то форма существования продолжается после момента биологического уничтожения.

Ранее я упомянул, что психоделическая трансформация, наблюдаемая после ЛСД сеансов с трансперсональным оттенком, включает радикальные изменения в иерархии ценностей. Пережив смерть и возрождение и/или чувства космического единства, ЛСД субъекты склонны делать меньший эмоциональный акцент на прошлом и будущем и больше ценят настоящее. Озабоченность мрачными перспективами будущего заменяется размышлениями о наилучшем использовании каждого дня. Способность получить удовлетворение от простых и обычных вещей в жизни сопровождается острым осознанием крайней бесполезности беспокойной погони за статусом, властью и влиянием. Нетрудно понять, что данные изменения в ценностях и жизненной стратегии могут сделать ситуацию смертельно больных более терпимой. Психологическая работа с пациентами и их семьями также, похоже, оказывала позитивное влияние и на руководителей. Это не только облегчило их реакцию на умирание и смерть их близких, но и помогло им справиться со своим горем и конструктивно интегрировать утрату.

Согласно клиническим данным, приблизительно тридцать процентов раковых больных показали драматичное улучшение в данных областях после единственного ЛСД сеанса, и ещё сорок процентов показали средний уровень позитивных изменений. У оставшихся тридцати процентов не было явных позитивных или негативных изменений между до- и послесеансовыми измерениями. Результаты DPT психотерапии были сходными, хотя и менее поразительными и устойчивыми.

Из всех применений для ЛСД психотерапии, её использование для работы с умирающими кажется самым интересным и наименее спорным или проблематичным. Возможность относительно быстро понизить эмоциональные и физические страдания людей, встречающих предельный кризис человеческой жизни, должна быть всем нам очень интересной. Большинство возражений, высказываемых против использования ЛСД, здесь не особо актуальны, особенно касающиеся наследственности и хромосом. К тому же, недавние исследования, выявляющие возможную роль психологических факторов в раке, а также наши собственные наблюдения по данному вопросу, похоже, говорят о том, что ЛСД психотерапия, по крайней мере, для некоторых раковых пациентов может стать фактором, способствующим исцелению, а не только подготовкой к смерти.

СНОСКИ

1. Заинтересованный читатель найдет детальную информацию о недавнем сближении квантово-релятивистской физики, мистицизма и современных исследований сознания в книгах Ицхака Бентова, Фритьофа Капры, Ника Херберта, Ларри Ле Шана, Кеннет Пеллетьер, Боба Тобена и Артура Янга.

2. Пример драматичного и прочного успеха в тяжелом случае компульсивного невроза был опубликован в Скандинавии Е. Брандруп и Т. Вангаард. На странице 185 я описал поразительные улучшения у пациента с обсессивно-компульсивным неврозом, который 19 лет не поддавался фрейдовскому психоанализу. К сожалению, дизайн нашего исследования не позволял больше трех сеансов, и терапию не удалось завершить.

3. Сокращенная история другого из этих пациентов, Михаила, есть в моей первой книге, «Области человеческого бессознательного», стр. 66 и 235.

4. Станислав Гроф и Джоан Халифакс: «Встреча человека со смертью». Библиография этой книги дает все ссылки на исходные публикации в этой области.

8. НЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛСД

Обучающие сеансы профессионалов по психическому здоровью

Прием ЛСД креативными индивидами

Вызванные препаратом религиозные и мистические переживания

Роль ЛСД в личностном росте и самоактуализации

Использование ЛСД в развитии паранормальных способностей

ОБУЧАЮЩИЕ СЕАНСЫ ПРОФЕССИОНАЛОВ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ

Необычайная ценность ЛСД для обучения психиатров и психологов стала очевидной на очень ранней стадии его изучения. В своей пионерской работе, опубликованной в 1947, Столл подчеркивал, что автоэксперимент с этим препаратом дает профессионалам уникальную возможность непосредственно познать чуждый мир, с которым они встречаются в своей повседневной работе с психиатрическими пациентами. Во время фазы «моделированного психоза» ЛСД исследований, когда психоделическое состояние считалось химически вызванной шизофренией, ЛСД сеансы рекомендовали в качестве имевших уникальное дидактическое значение обратимых путешествий в мир переживаний психотиков. Этот опыт рекомендовали психиатрам, психологам, медсестрам, социальным работникам и медицинским студентам в качестве средства для осознания природы ментальных заболеваний. Ринкел, Рубичек и другие исследователи, проводившие дидактические эксперименты такого рода, сообщали, что единственный ЛСД сеанс может драматично изменить то, как профессионалы по психическому здоровью понимают своих психотических пациентов, и привести к более гуманному отношению к ним.

Тот факт, что в итоге концепция ЛСД состояния как «моделированного психоза» была отвергнута большинством исследователей, не уменьшило обучающей ценности психоделического опыта. Хотя психические изменения, вызываемые ЛСД, определенно не идентичны шизофрении, прием препарата всё равно является очень особой возможностью для профессионалов и студентов испытать многие состояния ума, которые естественно возникают в контексте разных ментальных нарушений. Сюда входят перцептуальные искажения в визуальной, слуховой, тактильной, обонятельной и вкусовой областях; количественные и качественные изменения мыслительных процессов; ненормальные эмоциональные качества крайней интенсивности. Под воздействием ЛСД можно испытать сенсорные иллюзии и псевдогаллюцинации, торможение или ускорение мышления, иллюзорную интерпретацию мира и целую гамму сильных патологических эмоций наподобие депрессии, маниакальных состояний, агрессии, саморазрушительные желания, болезненные чувства неполноценности и вины или, наоборот, экстатического восторга, трансцендентального покоя и безмятежности и чувства космического единства. Психоделический опыт также может стать источником удивительных эстетических, научных, философских или духовных озарений.

Автоэкспериментирование с ЛСД не исчерпывает его дидактический потенциал. Другим очень ценным обучающим опытом является участие в сеансах других субъектов. Это дает молодым профессионалам возможность наблюдать целый спектр ненормальных явлений и познакомиться и привыкнуть к предельным эмоциональным состояниям и необычным паттернам поведения. Это происходит в специально построенных обстоятельствах, в подходящее время и в контексте существующих отношений с испытуемым. Все эти факторы делают ситуацию более подходящей для обучения, чем посещение в психиатрической больнице палаты или блока неотложной помощи. В более узком смысле, участие в ЛСД сеансе рекомендуется как непревзойденное обучение для будущих психотерапевтов. Усиление отношений с ситтерами, характерное для ЛСД сеансов, является редкой возможностью для новичка наблюдать явление переноса и учиться справляться с ним. Использование ЛСД в контексте учебной программы для будущих психотерапевтов обсуждалось в специальной работе Филда, Гудмана и Гуидо.

Обширное и систематическое изучение дидактического потенциала ЛСД было проведено Мерилендским Центром Психиатрических Исследований. В этой программе профессионалам по душевному здоровью в учебных целях предлагалось до трех высокодозовых ЛСД сеансов. Более ста человек участвовали в этой программе между 1970, когда она началась, и её завершением в 1977. Большинство индивидов были заинтересованы в психоделическом опыте, потому что он был тесно связан с их собственной профессиональной деятельностью. Некоторые из них на тот момент работали в отделениях кризисного вмешательства или с пациентами, у которых были проблемы, связанными с использованием психоделических препаратов. Другие практиковали разные психотерапевтические техники и хотели сравнить ЛСД психотерапию со своей собственной дисциплиной: психоанализом, психодрамой, Гештальт терапией, психосинтезом или биоэнергетикой. Было несколько исследователей, участвовавших в исследованиях измененных состояний сознания, динамики бессознательного или психологии религии. Небольшую группу составляли профессионалы, которые были заинтересованы в становлении ЛСД терапевтами. Они обычно проводили с нами несколько месяцев, посещая собрания, просматривая видеозаписи практики ЛСД терапии или проводя психоделические сеансы под руководством. В качестве части учебной программы они также могли проходить собственные ЛСД сеансы. Все участники ЛСД программы для профессионалов согласились проходить психологическое тестирование до и после сеансов, а также заполнить дополнительный опросник через шесть месяцев, двенадцать месяцев и два года после сеанса. Вопросы в дополнительной форме посвящались изменениям, которые они наблюдали в своей профессиональной работе, жизненной философии, религиозных чувствах, эмоциональном и физическом состоянии и межличностной приспособленности после ЛСД сеанса. Хотя у нас и есть довольно анекдотичные свидетельства ценности этой учебной программы, данные из до- и после-сеансового психологического тестирования и дополнительных опросников ещё не были систематически обработаны и оценены.

Как я подчеркивал ранее, учебные ЛСД сеансы являются ключевой квалификацией каждого ЛСД терапевта. Ввиду уникальной природы психоделического состояния невозможно достичь настоящего понимания его качества и глубины без прямого переживания. К тому же, опыт столкновения с разными областями собственного бессознательного абсолютно необходим для развития способности компетентно и невозмутимо помогать другим людям в их процессе глубокого самопознания. Учебные сеансы ЛСД также очень рекомендуются медсестрам и всем прочим членам персонала отделов психоделического лечения, вступающим в близкий контакт с клиентами в необычных состояниях сознания.

ПРИЕМ ЛСД КРЕАТИВНЫМИ ИНДИВИДАМИ

Один из самых интересных аспектов ЛСД исследований это отношение между психоделическим состоянием и творческим процессом. Профессиональная литература на эту тему отражает значительные разногласия. Роберт Могар, рассмотревший существующие экспериментальные данные об эффективности разных функций, связанных с творческой работой, счел результаты непонятными и противоречивыми. Так, некоторые исследования,

сосредоточенные на инструментальном обучении, обнаружили ухудшение, а другие—выраженное усиление способностей к обучению. Противоречивые результаты также были получены для восприятия цвета, припоминания и узнавания, дифференцировочного обучения, концентрации, символического мышления и точности восприятия. Исследования, использовавшие разные психологические тесты, специально созданные для измерения креативности, не продемонстрировали её значительного усиления в результате приема ЛСД. Однако остается открытым вопрос о том, насколько релевантны эти тесты в отношении творческого процесса и насколько они чувствительны и подходят ли для обнаружения вызванных ЛСД изменений. Нужно учесть ещё один важный фактор: общее отсутствие у ЛСД субъектов мотивации к участию и сотрудничеству в формальных процедурах психологического тестирования, когда они глубоко вовлечены в свои внутренние переживания. Ввиду важности установки и обстановки в психоделическом опыте также нужно упомянуть, что многие из этих исследований проводились в контексте подхода «моделированной шизофрении», а значит, с целью демонстрации психотического ухудшения деятельности.

Негативный результат исследований креативности резко контрастирует с повседневным опытом ЛСД терапевтов. Психоделические переживания глубоко повлияли на работу многих людей искусства (художников, музыкантов, писателей и поэтов), участвовавших в экспериментах с ЛСД в разных странах мира. [1] Большинство из них нашло в своем бессознательном разуме глубокие источники вдохновения, испытало поразительное усиление и освобождение фантазии и достигло необычайной живости, оригинальности и свободы художественного самовыражения. Во многих случаях качество их творений значительно улучшалось, и не только согласно их собственному суждению или мнению ЛСД исследователей, но и по стандартам их профессиональных коллег. На выставках, хронологически показывающих развитие художника, обычно легко заметить, когда он или она имели психоделический опыт. Обычно можно увидеть драматичный квантовый скачок в содержании и стиле картин. Это особенно верно для художников, которые до своего ЛСД опыта были конвенциональными и консервативными в своем художественном самовыражении.

Но большая часть искусства в коллекциях психоделических терапевтов создана субъектами, которые не были профессиональными художниками, а их ЛСД сеансы проводились в терапевтических, дидактических или иных целях. Часто индивиды, не демонстрировавшие никаких творческих стремлений до ЛСД переживания, могут создать необычайные картины. В большинстве случаев интенсивность этого эффекта происходит от необычной природы и силы материала, проявляющегося из глубин бессознательного, а не от творческих способностей. Однако нередко даже технические аспекты таких рисунков или картин значительно превосходят предыдущие творения тех же субъектов. Некоторые индивиды начинают использовать в повседневной жизни новые навыки, открытые в психоделических сеансах. В исключительных случаях во время ЛСД процедуры может проявиться подлинный творческий талант особенной силы и направленности. Одна из моих пациенток в Праге, которая всю свою жизнь не любила рисовать и которую заставляли посещать уроки рисования в школе, за период в несколько месяцев развила примечательный художественный талант. Со временем её творчество нашло признание среди профессиональных художников, и у неё были успешные выставки. В примерах, подобных этому, нужно предположить, что в этих индивидах талант уже присутствовал в латентной форме и что его выражение было заблокировано сильными патологическими эмоциями. Эмоциональное освобождение путем психоделической терапии сделало возможным его полное и свободное проявление.

Интересно, что ЛСД переживание, как правило, усиливает признание и понимание искусства у индивидов, которые раньше были к нему равнодушны. Характерное наблюдение из психоделических исследований это внезапное появление интереса к различным движениям современного искусства. Субъекты, которые были безразличны или даже враждебны к неконвенциональным формам искусства, после единственной встречи с ЛСД могут развить

глубокое понимание супрематизма, пуантилизма, импрессионизма, дадаизма, сюрреализма или свехреализма. Есть определенные художники, чье творчество кажется особенно тесно связанным с визионерскими переживаниями, вызываемыми ЛСД. Так, многие ЛСД субъекты развивают глубокое эмпатическое понимание картин Иеронима Босха, Винсента ван Гога, Сальвадора Дали, Макса Эрнста, Пабло Пикассо, Рене Магритта, Мориса Эшера или Г. Р. Гигера. Другое типичное последствие психоделического опыта это драматичное изменение отношения к музыке; многие ЛСД субъекты в своих сеансах обнаруживают новые измерения музыки и новые способы её прослушивания. Многие наши пациенты, которые были алкоголиками и зависимыми от героина со слабым образованием, в результате одного ЛСД сеанса развили такой глубокий интерес к классической музыке, что решили использовать свои скромные финансовые ресурсы для покупки стереосистемы и создания собственной коллекции записей. Роль психоделиков в развитии современной музыки и их влияние на композиторов, интерпретаторов и слушателей настолько очевидно и известно, что не требует здесь специального описания.

Хотя влияние ЛСД на художественное выражение более очевидно в областях живописи и музыки, психоделический опыт может оказывать такое же благоприятное действие и на другие ветви искусства. Визионерские состояния, вызванные мескалином и ЛСД, имели глубокое значение в жизни, искусстве и философии Олдоса Хаксли. На многие из его работ, включая «О дивный новый мир», «Остров», «Рай и ад» и «Двери восприятия», психоделические переживания повлияли напрямую. Аллена Гинзберга на одно из самых сильных его стихотворений вдохновило его самоэкспериментирование с психоделическими веществами. В этом контексте также можно упомянуть роль гашиша во французском искусстве «конца века». Канадско-японский архитектор Кийо Изуми смог найти уникальное применение своим ЛСД переживаниям в проектировании современных психиатрических учреждений.

Так как ЛСД опосредует доступ к содержанию и динамике глубокого бессознательного (в психоаналитических терминах, к первичному процессу), не особенно удивительно то, что психоделические переживания могут сыграть важную роль в творческом развитии художников. Однако многие наблюдения из психоделических исследований показывают, что ЛСД также может быть весьма ценен в разных научных дисциплинах, которые традиционно считаются царствами интеллекта и логики. Два важных аспекта действия ЛСД кажутся особенно важными в этом контексте. Во-первых, препарат может опосредовать доступ к огромным хранилищам конкретной и актуальной информации в коллективном бессознательном и позволить субъекту ими воспользоваться. Согласно моим наблюдениям, открытые знания могут быть очень конкретными, точными и детальными; данные, полученные таким способом, могут быть связаны со многими разными областями. В нашей относительно ограниченной учебной программе для ученых релевантные прозрения были получены в таких разнообразных областях, как космогенез, природа пространства и времени, субатомная физика, этология, психология животных, история, антропология, социология, политика, сравнительная религия, философия, генетика, акушерство, психосоматическая медицина, психология, психопатология и танатология. [2]

Второй аспект действия ЛСД, имеющий большое значение для творческого процесса, это способствование новому и неожиданному синтезу данных, результирующему из неконвенционального решения задач. Общеизвестен факт, что многие важные идеи и решения проблем появлялись не в контексте логического мышления, а в разных необычных состояниях сознания: во снах, во время засыпания или пробуждения, во время крайней физической и умственной усталости или во время болезни с высокой температурой. Есть множество знаменитых примеров этого. Так, химик Фридрих Август фон Кекуле пришел к финальному решению химической формулы бензола во сне, в котором он увидел бензольное кольцо в виде змеи, кусающей свой хвост. Никола Тесла создал электрический генератор, изобретение, потрясшее индустрию, когда его строение очень детально явилось ему в видении. Дизайн эксперимента, приведшего к получившему Нобелевскую премию открытию химической передачи нервных импульсов, пришел к Отто Леви, когда он спал. Альберт Эйнштейн открыл

основные принципы своей специальной теории относительности в необычном состоянии сознания; согласно его описанию, большинство озарений приходили к нему в форме кинестетических ощущений.

Можно привести множество примеров подобного рода, в которых креативные индивиды долго и безуспешно сражались с трудной проблемой, используя логику и мышление, а настоящее решение неожиданно всплывало из бессознательного в моменты, когда их рациональность была приостановлена. [3] В повседневной жизни такие события происходят очень редко, в стихийной и непредсказуемой манере. Психоделические препараты, видимо, повышают вероятность таких креативных решений до такой степени, что их можно намеренно программировать. В ЛСД состоянии старые концептуальные рамки разрушаются, культурные когнитивные барьеры растворяются, и материал может быть увиден синтезированным совершенно новым способом, который не был возможен в старых системах мышления. Этот механизм может дать не только поразительные новые решения разных конкретных проблем, но и новые парадигмы, которые могут перевернуть всю научную дисциплину.

Хотя психоделическое экспериментирование было решительно остановлено до того, как эта область была систематически изучена, исследование творческого решения проблем, проведенное Уиллисом Харманом и Джеймсом Фадиманом в Стенфордском Исследовательском Институте, получило данные, достаточно интересные для будущих исследований. Препаратом, использованным в этом эксперименте, был не ЛСД, а мескалин, активный ингредиент мексиканского кактуса *Anhalonium Lewinii*, или пейот. Ввиду общей схожести эффектов этих двух препаратов подобные эффекты нужно ожидать и при использовании ЛСД; разные случайные наблюдения из нашей учебной ЛСД программы для ученых и из терапевтического использования этого препарата, похоже, подтверждают это. Субъектами из исследования Хармана-Фадимана были 27 мужчин, занимающиеся разными профессиями. Группа состояла из 16 инженеров, одного инженера-физика, двух математиков, двух архитекторов, одного психолога, одного дизайнера мебели, одного художника по рекламе, одного коммерческого директора и одного менеджера по персоналу. Целью этого исследования было выяснить, покажут ли эти индивиды под воздействием 200 мг мескалина повышенную креативность и выработают ли конкретные, валидные и осуществимые решения проблем по критериям современной индустрии и позитивистской науки. Результаты этого исследования были очень многообещающими; были приняты многие решения для строительства и производства, другие можно было развивать дальше, или они открывали новые области для изучения. Мескалиновые субъекты последовательно сообщали, что препарат вызвал в них ряд изменений, которые способствовали творческому процессу. Он понижал подавленность и тревогу, увеличивал скорость и гибкость идеации, повышал способность к визуальному воображению и фантазии и повышал способность концентрироваться на проекте. Прием мескалина также способствовал эмпатии с людьми и объектами, делал подсознательные данные более доступными, усиливал мотивацию к достижению сближения и в нескольких примерах позволял немедленную визуализацию конечного решения.

Очевидно, что потенциал ЛСД для усиления креативности будет прямо пропорционален интеллектуальным способностям и опыту субъекта. Для большинства творческих инсайтов необходимо знать нынешний статус данной дисциплины, быть способным формулировать новые задачи и находить технические средства для описания результатов. Если этот тип исследований будет повторяться, подходящими кандидатами будут выдающиеся ученые из разных дисциплин: физики ядерщики, астрофизики, генетики, физиологи мозга, антропологи, психологи и психиатры. [4]

ВЫЗВАННЫЕ ПРЕПАРАТОМ РЕЛИГИОЗНЫЕ И МИСТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

Использование психоделических веществ в ритуальных и магических целях можно проследить до древних шаманских традиций, и оно, вероятно, существует так же давно, как человечество. Легендарное священное снадобье *сома*, приготавливаемое из одноименного

растения, чья идентичность утеряна, играло ключевую роль в ведической религии. Изделия из конопли *Cannabis indica* и *sativa* использовались в Азии и Африки многие века под разными именами (гашиш, чарас, бханг, ганжа, киф) в религиозных церемониях и народной медицине. Они сыграли важную роль в Брахманизме, использовались в суфийских практиках и являются главным таинством Растафари. Религиозно-магическое использование психоделических растений было широко распространено в доколумбовых культурах, среди ацтеков, Майя, Ольмеков и других индейских групп. Среди используемых растений были известный мексиканский кактус *Lophophora williamsii* (пейот), священный гриб *Psilocybe Mexicana* (teonanacatl) и несколько разновидностей семян утренней славы (ololiuqui). Ритуальное использование пейота и священного гриба всё ещё существует среди разных мексиканских племен; в качестве важных примеров можно упомянуть поиск пейота и другие священные церемонии индейцев Уичоль и целительские ритуалы Мацатеков с использованием грибов. Пейот также был ассимилирован многими североамериканскими индейскими группами и около ста лет назад стал таинством синкретической Церкви Коренных Американцев. Южноамериканские целители (ayahuascheros) и дописьменные амазонские племена наподобие Амахуака и Живаро используют яге, психоделические экстракты из «лозы душ», лианы джунглей *banisteriopsis caapi*. Самое известное африканское галлюциногенное растение это *Tabernanthe iboga* (eboga), которая в маленьких дозах работает как стимулятор, а в больших количествах используется в качестве препарата посвящения. В средневековые напитки и мази, содержащие психоактивные растения и животные ингредиенты, широко использовались в контексте шабашей ведьм и ритуалов черной мессы. Самыми известными составляющими ведьмовских зелий были белладонна (*Atropa Belladonna*), мандрагора (*Mandragora officinarum*), дурман или «одурь-трава» (*Datura Stramonium*), белена (*Hyoscyamus niger*) и кожа жабы. Современный химический анализ обнаружил в коже жаб (*Bufo bufo*) вещество, называемое буфотенин (или диметилсеротонин), имеющее психоделические свойства. Вышеприведенные психоделические растения это только малая часть самых известных. Согласно этноботанику Ричарду Шульцу Ботанического Департамента Гарвардского Университета, существует более сотни растений с явными психоактивными свойствами.

Способность психоделических веществ вызывать визионерские состояния религиозной и мистической природы задокументирована во многих исторических и антропологических источниках. Открытие ЛСД и получившее публичную известность появление этих переживаний у многих экспериментальных субъектов в нашей культуре привлекло к этому вопросу внимание ученых. Тот факт, что религиозные переживания могут быть вызваны введением химического агента, спровоцировал интересный и очень жаркий спор о «химическом» или «мгновенном мистицизме». Многие поведенческие ученые, философы и теологи участвовали в свирепой полемике о природе этих явлений, их значения, валидности и достоверности. Мнения вскоре кристаллизовались в две крайние точки зрения. Некоторые экспериментаторы видели в возможности вызова религиозных переживаний химическими средствами шанс перенести религиозные явления из области священного в лабораторию, и поэтому в итоге объясняли их в научных терминах. В конце концов, в религии не было бы ничего таинственного и святого, а духовные переживания можно было бы свести к физиологии и биохимии мозга. Однако другие исследователи приняли совсем иную позицию. Согласно им, мистические явления, вызванные ЛСД и другими психоделическими препаратами, были подлинными, и эти вещества следует считать таинствами, потому что они опосредуют контакт с трансцендентальными реальностями. В сущности, это была позиция шаманов и жрецов психоделических культур, где визионерские растения вроде сомы, пейота и теонанакатля виделись как священные материалы или сами божества. И ещё один подход к проблеме считал ЛСД переживания «квази-религиозными» явлениями, которые только симулировали или поверхностно воспроизводили аутентичную или подлинную духовность, которая является «Божьей милостью» или результатом дисциплины, преданности и практики аскез. В этих рамках кажущаяся легкость, с которой эти переживания могут быть вызваны химически, полностью дискредитировала их духовную ценность.

Однако те, кто утверждал, что ЛСД-индуцированные духовные переживания не могут быть валидными, потому что они слишком легкодоступны, и их появление и продолжительность зависят от решения индивида, не понимают природу психоделического состояния. Психоделическое переживание не является ни легким, ни предсказуемым путем к Богу. У многих субъектов нет духовных элементов в их сеансах, несмотря на множество приемов препарата. Тем, у кого есть мистический опыт, часто приходится пройти психологические испытания, которые, по крайней мере, не менее трудны и болезненны, как и связанные с разными ритуалами перехода или строгими и аскетичными религиозными дисциплинами.

Большинство исследователей сходятся в том, что невозможно провести четкую грань между спонтанными мистическими переживаниями и «химическим мистицизмом» на базе феноменологического анализа или экспериментальных подходов. [5] Этот вопрос ещё более усложняется относительным отсутствием специфических фармакологических эффектов ЛСД и тем фактом, что некоторые из ситуаций, ведущих к спонтанному мистицизму, связаны с глубокими физиологическими и биохимическими изменениями в теле.

Длительное голодание, депривация сна и нахождение в пустыне и подверженность обезвоживанию и крайним температурам, усиление дыхания, крайний эмоциональный стресс, физическое напряжение и пытки, долгое монотонное пение и другие популярные практики «священных технологий» вызывают такие далеко идущие изменения в химии тела, что сложно провести четкую грань между спонтанным и химическим мистицизмом.

Так, размышление о том, являются ли химически вызванные переживания подлинными и аутентичными, не лежит в сфере теологов и духовных мастеров. К сожалению, представители разных религий выражали широкий спектр противоречивых мнений; остается открытым вопрос о том, кто должен быть авторитетом в этой области. Некоторые из этих религиозных экспертов судили, никогда не имев психоделического опыта, и вряд ли могут считаться авторитетами в ЛСД; другие сделали широкие обобщения на основе одного сеанса. Серьезные различия мнений существуют даже среди ведущих представителей одной и той же религии (католических священников, протестантских пасторов, раввинов и индусских святых), имевших психоделические переживания. На данный момент, после тридцати лет споров, вопрос о том, могут ли ЛСД и другие психоделики вызывать подлинные духовные переживания, всё ещё открыт. Негативные мнения индивидов, среди которых Мехер Баба или Р.К. Захнер, противостоят некоторым мастерам Тибетского Буддизма, ряду шаманов психоделических культур, Уолтеру Кларку, Хьюстону Смит и Алану Уоттсу.



Переживание неудовлетворенной духовной жажды. Группы людей пытаются пересечь коварные болотистые воды на несовершенных лодках, чтобы достичь божества на горизонте. Однако они все тонут до достижения желанной цели.

Независимо от того, являются ли переживания, вызываемые ЛСД, подлинными мистическими откровениями или лишь очень убедительными их симуляциями, они определенно являются феноменами, весьма интересными для теологов, пасторов и исследователей религии. За несколько часов индивид получает глубокие прозрения о природе религии, и в некоторых случаях их чисто теологическое понимание и формальная вера оживляются глубоким личным переживанием трансцендентальных областей. Эта возможность может быть особенно важной для тех священников, которые занимаются религией, но при этом питают серьезные сомнения насчет истинности и релевантности того, что они проповедуют. Некоторые священники и теологи, вызвавшиеся на нашу учебную ЛСД программу в Мерилендском Центре Психиатрических Исследований, были скептиками или атеистами, выбравшими эту профессию по ряду внешних причин. Для них духовные переживания из их ЛСД сеансов были важным подтверждением того, что духовность это подлинная и глубоко релевантная сила в человеческой жизни. Это понимание освободило их от конфликта, который у них был в связи с профессией, и от бремени лицемерия. В некоторых случаях родственники и друзья этих индивидов сообщали, что их проповеди после ЛСД сеансов приобретали необычайную силу и естественную власть.



Серия рисунков, иллюстрирующих связь между духовной патологией и биологической травмой рождения. Первые четыре показывают образы из самой священной христианской темы, распятия, загрязненные тем, что пациент назвала «непристойной биологией». Во время своего сеанса она поняла, что это смешение отражало не только специфичные детские переживания, но особенно биологическую травму рождения



Священное событие рождения неразрывно связано с гениталиями, сексуальностью, агрессией, дефекацией и мочеиспусканием.

В финальной картине этот конфликт разрешается. Фигура «очищенного Христа» поднимается выше царства «непристойной биологии», отделяясь от него. Однако руки пациента тянутся к Черному Солнцу, которое символизирует внутреннюю реальность даже больше Христа, священности, которая трансцендирует все формы и ограничения.

Духовные переживания на психоделических сеансах часто опираются на символизм коллективного бессознательного и происходят в рамках культурных и религиозных традиций, отличных от свойственных субъекту. Поэтому обучающие ЛСД сеансы представляют особый интерес для тех, кто изучает сравнительную религию. Пасторы, приверженные определенной церкви, иногда удивляются, когда у них происходит глубокий религиозный опыт в контексте совершенно другой веры. Благодаря соединяющей природе психоделического переживания, это не дискредитирует их собственную религию, а помещает её в более широкую космическую перспективу.

РОЛЬ ЛСД В ЛИЧНОСТНОМ РОСТЕ И САМОАКТУАЛИЗАЦИИ

В годы интенсивных исследований ЛСД основное внимание было сосредоточено на исследованиях патологии, психиатрической терапии или на довольно специфических применениях наподобие совершенствования художественного выражения или вызов религиозных переживаний. Относительно небольшое внимание уделялось ценности, которую могли иметь психоделические переживания для личностного роста «нормальных индивидов». В середине шестидесятых этот вопрос раскрылся стихийным и взрывным образом в волне массового бесконтрольного самоэкспериментирования.

В атмосфере последовавшей за этим национальной истерии «за» и «против» обсуждались пылко, чрезмерно эмоционально и, наконец, беспорядочно. ЛСД прозелиты представляли препарат очень некритично, как легкую и безопасную панацею от всех проблем, наполняющих человеческое существование. Психоделическое само-экспериментирование и личностная трансформация представляли, как единственную жизнеспособную альтернативу внезапному исчезновению в ядерной войне или медленной смерти среди промышленных отходов. Рекомендовалось как можно большему количеству людей принимать ЛСД в любых обстоятельствах так часто, как это возможно, чтобы ускорить наступление Эпохи Водолея. ЛСД сеансы виделись как ритуал перехода, который должен быть обязательным для всех достигших подросткового возраста.

Отсутствие предостережения публики об опасностях и подводных камнях психоделического экспериментирования и инструкций по минимизированию рисков привело к большому количеству несчастных случаев. Апокалиптические заголовки газет, описывающие ужасы ЛСД «лодырей» и происшествия, связанные с наркотиками, вызвало у законодателей, политиков, преподавателей и многих профессионалов реакцию, подобную охоте на ведьм. Игнорируя данные почти двух десятилетий ответственного научного экспериментирования, антинаркотическая пропаганда вошла в другую крайность и представила ЛСД как совершенно непредсказуемый дьявольский препарат, представляющий огромную опасность для рассудка нынешнего поколения и физического здоровья будущих поколений.

На данный момент, когда эмоциональный заряд этого разногласия иссяк, кажется возможным более трезвый и объективный взгляд на вовлеченные проблемы. Клинические данные ясно показывают, что «нормальные» люди могут получить большую пользу от ЛСД процесса и подвергаются наименьшему риску, участвуя в контролируемой психоделической программе. Один ЛСД сеанс с высокой дозой часто может быть крайне ценным для людей, не имеющих серьезных клинических проблем. Качество их жизни может значительно повыситься, и переживание может подтолкнуть их в направлении самореализации и самоактуализации. Этот процесс кажется сравнимым во всех отношениях с тем, что Абрахам Мэслоу описал для индивидов, у которых были спонтанные «пиковые переживания».

Официальная антинаркотическая пропаганда основывается на очень поверхностном понимании мотиваций для использования психоделических препаратов. Верно, что во многих случаях препарат используется для потехи или в контексте подросткового протеста против родительского авторитета или истеблишмента. Однако даже те, кто принимают ЛСД в наихудших обстоятельствах, могут иметь проблеск реального потенциала препарата, и это может стать большой силой в будущем использовании. Нельзя недооценивать тот факт, что многие люди принимают ЛСД в попытках найти решение своих эмоциональных дилемм или из-за глубокой потребности в философских и духовных ответах. Жажда контакта с трансцендентальными реальностями может быть сильнее сексуального влечения. На протяжении всей человеческой истории бесчисленные индивиды соглашались подвергнуться огромным рискам различного рода и пожертвовать годами или десятилетиями своей жизни ради духовных поисков. Любые разумные меры по регулированию использования психоделических препаратов должны принимать во внимание эти факты.

Очень немногие серьезные исследователи всё ещё верят, что экспериментирование с чистым ЛСД представляет опасность для генетики. В надлежащих обстоятельствах психологические опасности, являющиеся единственным серьезным риском, могут быть

сведены к минимуму. По моему мнению, нет никаких научных данных, исключающих создание сети учреждений, в которых те, кто серьезно заинтересованы в психоделическом самоэкспериментировании, поучаствуют в нем с чистыми веществами и в наилучших обстоятельствах. Многими из них были бы субъекты, настолько глубоко мотивированные, что иначе они стали бы кандидатами для нелегального самоэкспериментирования, подразумевающего больший риск. Существование таких центров, спонсируемых государством, оказало бы подавляющий эффект на незрелые мотивации людей, для которых нынешние строгие запреты представляют особый вызов и искушение. Дополнительное преимущество этого подхода— возможность систематически накапливать и обрабатывать ценную информацию о психоделиках, которая иначе бы затерялась в стихийном и хаотичном бесконтрольном экспериментировании. Это также исправило бы нынешнюю абсурдную ситуацию, когда не проводится почти никаких серьезных профессиональных исследований в области, в которой миллионы людей экспериментировали самостоятельно.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛСД В РАЗВИТИИ ПАРАНОРМАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Многие исторические и антропологические данные и многочисленные анекдотичные наблюдения из клинических исследований говорят о том, что психоделические вещества иногда могут способствовать экстрасенсорному восприятию. Во многих культурах визионерские растения принимались в контексте церемоний духовного целительства в качестве способа диагностировать и лечить болезни. Таким же частым было их использование в других магических целях, а именно, поиск потерянных объектов или людей, астральные проекции, восприятие удаленных событий, предвидение и ясновидение. Большинство использовавшихся в этих целях веществ было упомянуто раньше в связи с религиозными ритуалами. Сюда входят смола или листья конопли (*Cannabis indica* или *sativa*) в Африке и Азии; мухомор у разных сибирских племен и североамериканских индейцев; растение *Tabernanthe iboga* у определенных африканских этнических групп; нюхательные порошки кохоба (*Anadenanthera peregrina*) и ерена (*Virola theidora*) в Южной Америке и на Карибах; и три основных психоделика доколумбовых культур: кактус пейот (*Lophophora Williamsii*), священные грибы теонанакатль (*Psilosybe Mexicana*) и *ololiuqui* или семена утренней славы (*ipomoea violacea*). Особо интересной выглядит яге, напиток, изготавливаемый из лианы *Banisteriopsis saari* и других «лоз мертвых», используемый южноамериканскими индейцами в долине Амазонки. Гармин, также называемый ягеин или банистерин, один из активных алкалоидов, выделенных из растения *Banisteriopsis*, по праву называли телепатином. Психоделические состояния, вызываемые экстрактом этих растений, кажутся особенно мощными усилителями паранормальных явлений. Самый известный пример необычных свойств яге можно найти в записях МакГоверна, одного из описывавших это растение антропологов. Согласно его описанию, местный врач очень детально увидел смерть вождя далекого племени в момент, когда она происходила; много недель спустя точность этого сообщения подтвердилась. Похожий опыт сообщил Мануэль Кордова-Риос, который четко увидел на сеансе яге смерть своей матери и позже смог проверить все детали. Все психоделические культуры, похоже, разделяют мнение, что экстрасенсорное восприятие возрастает не только во время интоксикации священными растениями—систематическое использование этих веществ способствует развитию паранормальных способностей в повседневной жизни.

Гораздо более анекдотичный материал, на протяжении многих лет собиравшийся психоделическими исследователями, подтверждает данные верования. Мастерс и Хьюстон описали случай домохозяйки, которая в своем ЛСД сеансе увидела свою дочь на кухне их дома ищущей банку с печеньем. Она также сообщила, что видела, как ребенок уронил с полки сахарницу и рассыпал сахар по полу. Этот эпизод в дальнейшем подтвердил её муж. Некоторые авторы также сообщали о субъекте, который видел «корабль, застрявший в льдинах где-то в северных морях». Согласно субъекту, на борту корабля было название «France». Позже подтвердилось, что France действительно застрял во льду возле Гренландии во время ЛСД сеанса субъекта. Известный психолог и парапсихологический исследователь

Стэнли Кrippнер во время псилоцибинового сеанса в 1962 визуализировал убийство Джона Кеннеди, которое произошло годом позже. Похожие наблюдения сообщали Хамфри Осмонд, Дункан Блюэтт, Абрам Хоффер и другие исследователи. Литература на эту тему была критически рассмотрена в синоптической работе Кrippнера и Дэвидсона.

В моем собственном клиническом опыте разные феномены, предполагающие экстрасенсорное восприятие, относительно часты в ЛСД психотерапии, особенно на продвинутых сеансах. Они простираются от более-менее смутного ожидания будущих событий или знания об удаленных событиях до сложных и детальных сцен яркого ясновидения. Это может быть связано с соответствующими звуками вроде сказанных слов и предложений, шумов, производимых автомобильными двигателями, звуков пожарной и скорой помощи или звучания рога. Некоторые из этих переживаний позже в разной степени могут соответствовать фактическим событиям. Объективная проверка в этой области может быть особенно трудной. Если эти случаи не сообщались и четко не документировались во время психоделических сеансов, есть большая опасность искажения данных. Одни из главных ловушек здесь это неопределенная интерпретация событий, искажения воспоминаний и возможность явления дежа вю во время восприятия последующих событий.

Самый интересный паранормальный феномен, происходящий на психоделических сеансах, это переживания вне-тела и случаи путешествий с ясновидением и яснослышанием. Ощущение покидания своего тела довольно часто в состояниях, вызываемых препаратом, и может принимать разные формы и иметь разные уровни. Некоторые люди чувствуют себя совершенно отделенными от своих физических тел, парящими над ним или наблюдающими их из другой части комнаты. Порой субъекты могут совсем перестать воспринимать физическую обстановку, и их сознание перемещается в эмпирические области и субъективные реальности, которые кажутся совершенно независимыми от материального мира. Тогда они могут полностью отождествляться с образами тел протагонистов этих сцен, становиться людьми, животными или архетипическими сущностями. В исключительных случаях у индивида может быть сложное и живописное переживание перемещения в конкретное место в физическом мире, и он дает детальное описание отдаленной местности или события. Попытки проверить такие экстрасенсорные восприятия иногда могут привести к поразительным подтверждениям. В редких случаях субъект может активно контролировать такой процесс и «путешествовать» по собственной воле в любое место или момент времени, которое выберет. Детальное описание переживания такого рода, иллюстрирующее природу и сложность связанных с этим проблем, опубликовано в моей книге «Области человеческого бессознательного», стр. 187.

Объективное тестирование стандартными лабораторными техниками, используемыми в парапсихологических исследованиях, было довольно разочаровывающим и не продемонстрировало, что повышение экстрасенсорного восприятия это предсказуемый и постоянный аспект действия ЛСД. Мастерс и Хьюстон тестировали ЛСД субъектов, используя специальную колоду карт, разработанную в парапсихологической лаборатории в Университете Дьюка. Колода состоит из 25 карт, на каждой из которых есть геометрический знак: звезда, круг, крест, квадрат или волнистые линии. Результаты экспериментов, в которых ЛСД субъекты пытались угадать идентичность этих карт, статистически не были особенными. Похожее исследование, проведенное Уиттлеси, и эксперимент с угадыванием карт псилоцибиновыми субъектами, опубликованный ван Асперен де Боер, Баркема и Капперсом, были такими же неудачными, хотя интересной находкой первого из этих исследований было поразительное уменьшение несоответствий; угадывание было ближе к средней ожидаемой вероятности, чем это предсказывалось математически. Неопубликованные находки парапсихологического исследования Уолтера Панке в Мерилендском Центре Психиатрических Исследований показывают, что статистический подход к этой проблеме может быть ошибочным. В этом проекте Уолтер Панке использовал усовершенствованную версию карт Университета Дьюка в форме электронной клавиатурной панели. ЛСД субъект должен был угадать клавишу, которая горела на панели в соседней комнате, либо вручную, либо через компьютер. Хотя результаты для всей группы ЛСД субъектов были статистически

непримечательными, определенные индивиды достигли поразительно высоких показателей в некоторых измерениях.

Некоторые исследователи высказали возражения против неинтересного и прозаического подхода к исследованию парапсихологических явлений в виде постоянного угадывания карт. Вообще, у такой процедуры немного шансов привлечь внимание субъекта относительно происходящих субъективных переживаний, которыми характеризуется психоделическое состояние. В попытке сделать задачу более привлекательной Каванна и Сервадио использовали эмоционально-заряженный материал, а не карточки; для испытуемых были сделаны цветные фотографии нелепых картин. Хотя один из субъектов справился довольно хорошо, общие результаты не были примечательными. Карлис Озис дал ЛСД ряду «медиумов», которым вручили предметы и попросили описать их обладателей. Один медиум был необычайно успешен, но большинство других были так заинтересованы эстетическими и философскими аспектами переживания, либо так захвачены своими личными проблемами, что для них оказалось трудно оставаться сосредоточенными на задаче.

Самые интересные данные были получены в пилотном исследовании, созданном Мастерсом и Хьюстон, которые использовали эмоционально-заряженные картинки с 62 ЛСД субъектами. Эксперименты проводились в завершающие периоды сеансов, когда относительно легко сосредоточиться на конкретных задачах. 48 тестируемых индивидов примерно описывали целевую картинку, по меньшей мере, 2 раза из 10, а пятеро субъектов успешно угадывали, по меньшей мере, 7 раз из 10. Например, один субъект визуализировал «беспокойные моря», когда верное изображение было кораблем викингов в шторме. Тот же субъект назвал «буйную растительность», когда картинкой были дождевые леса Амазонки, «верблюда», когда на картинке был араб на верблюде, «Альпы», когда была картинка Гималаев, и «негра, собирающего хлопчатник в поле», когда на картинке была южная плантация.

Исследование паранормальных явлений на психоделических сеансах имеет множество технических проблем. Вдобавок к проблемам вызова интереса у субъекта и удержания его или её внимания на задаче, Блюэт также подчеркнул быстрый поток эйдетических образов, который мешает субъекту установить и выбрать ответ, который мог быть вызван целью. Методологические трудности в изучении эффекта психоделических препаратов на экстрасенсорное восприятие или другие паранормальные способности и отсутствие доказательств в существующих исследованиях всё же не могут перечеркнуть некоторые весьма выдающиеся наблюдения в этой области. Каждый ЛСД терапевт с достаточным клиническим опытом накопил достаточно наблюдений, чтобы воспринимать эту проблему серьезно. Я сам не сомневаюсь в том, что психоделики иногда могут вызвать элементы подлинного экстрасенсорного восприятия во время их фармакологического действия. Порой появление определенных паранормальных способностей и феноменов может выходить за пределы дня сеанса. Занимательное наблюдение, которое здесь очень уместно и заслуживает внимания, это частое появление необычайных совпадений в жизнях людей, которые на своих психоделических сеансах испытывали трансперсональные явления. Такие совпадения являются объективными фактами, а не только субъективными интерпретациями воспринимаемых данных; они похожи на наблюдения, которые Карл Густав Юнг описал в своем эссе как синхроничность.

Несоответствие между появлением парапсихологических явлений на ЛСД сеансах и негативными результатами лабораторных исследований, видимо, отражает тот факт, что ЭСВ это не стандартный и постоянный аспект действия ЛСД. Психологические состояния, ведущие к разным паранормальным явлениям и характеризующиеся необычайно высокой частотой ЭСВ, находятся среди многих других состояний разума, которые могут вызываться препаратом; в других типах ЛСД переживаний способности к ЭСВ, видимо, находятся на том же уровне, как и в повседневном состоянии сознания, или даже значительно ниже. Будущее исследование должно будет выяснить, можно ли использовать и систематически культивировать иначе

непредсказуемое и стихийное появление паранормальных способностей психоделических состояний, как указано в шаманской литературе.

СНОСКИ

1. Заинтересованный читатель найдет исчерпывающее обсуждение этой темы в прекрасной книге Роберта Мастерса и Джин Хьюстон «Психоделическое искусство». Влияние ЛСД и псилоцибина на творчество профессиональных художников также уникально задокументировано в книге «Экспериментальные психозы» чешским психиатром Ж. Рубичеком. В этом контексте стоит упомянуть также неопубликованная коллекция Оскара Янигера профессиональных картин, сделанных под воздействием ЛСД.

2. Некоторые конкретные примеры важных инсайтов такого рода описаны в моей книге «Области человеческого бессознательного».

3. Много дополнительных примеров этого феномена можно найти в книге Артура Кёстлера «Акт творения».

4. Заинтересованный читатель найдет больше информации по этой теме в синоптической работе Стэнли Криппнера «Исследования творчества и психоделических препаратов»

5. Самым интересным исследованием такого рода был эксперимент Страстной Пятницы, проведенный Уолтером Панке в 1964 в гарвардской церкви в Кембридже, Массачусетс. В этом исследовании десяти христианским студентам-теологам дали 30 мг псилоцибина, а другие десять, которые были контрольной группой, получили 200 мг никотиновой кислоты в качестве плацебо. Разделение на две группы было двойным слепым. Все прослушивали в течение двух с половиной часов религиозную службу, состоявшую из органной музыки, вокальных соло, чтений, молитв и личных медитаций. Субъекты, получившие псилоцибин, показали очень высокие результаты по опроснику мистических переживаний, разработанному Панке, а реакция контрольной группы была минимальной.

9. ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЛСД ТЕРАПИИ

Усиление конвенциональных терапевтических механизмов

Изменения в динамике управляющих систем

Терапевтический потенциал процесса смерти-возрождения

Терапевтические механизмы трансперсонального уровня

Необычное и часто драматичное действие ЛСД процесса на разные эмоциональные и психосоматические симптомы весьма естественно поднимает вопрос о терапевтических механизмах, участвующих в этих изменениях. Хотя динамика некоторых из этих трансформаций может быть объяснена конвенциональными способами, их большинство, похоже, включает процессы, ещё не открытые и не признанные традиционной психологией и психиатрией. Это не значит, что эти явления никогда раньше не обсуждались. Описания некоторых из этих механизмов можно найти в религиозной литературе, описывающей духовное исцеление и его отражение на эмоциональных и психосоматических болезнях. Антропологи также могут узнать элементы, встречающиеся в шаманских практиках, ритуалах перехода аборигенов и разных целительских церемониях.

Уже упоминалось, что ЛСД не имеет собственных терапевтических свойств, связанных просто и его фармакологическими эффектами. Необходимо особым образом структурировать и воспринимать переживание, чтобы проявление бессознательного материала было терапевтическим, а не деструктивным. Анализ наблюдений из ЛСД психотерапии говорит о том, что терапевтические изменения, которые имеют место, очень сложны и не могут быть приведены к одному общему знаменателю. ЛСД переживание, похоже, включает ряд факторов на многих разных уровнях; у каждого есть явный терапевтический потенциал, и он может быть использован для эффективного лечения и личностных изменений. Далее я кратко расскажу о самых важных механизмах такого рода, действующих на ЛСД сеансах. Обилие возможностей для динамических сдвигов и трансформаций, характерное для

психоделических состояний, кажется, делает ЛСД очень особенным дополнением к психотерапии.

УСИЛЕНИЕ КОНВЕНЦИАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ

Единственные факторы терапевтических изменений, доступные на начальных стадиях психолитических серий, это механизмы, описанные в контексте традиционных терапевтических школ. Однако в поверхностных психоделических переживаниях эти механизмы значительно усиливаются. В этих обстоятельствах защитные системы очень ослаблены, и психологическое сопротивление понижено. Эмоциональные реакции субъекта драматично усилены, и можно наблюдать мощную *абреакцию* и *катарсис*. Подавлявшийся бессознательный материал, включая ранние детские воспоминания, становится легко доступным, и это может привести не только к *яркому воспоминанию*, но также и к подлинной возрастной регрессии и живому и сложному *повторному проживанию эмоционально значимых воспоминаний*. Бессознательный материал также часто проявляется в форме разных символических явлений, структура которых сходна со сновидениями. Проявление этого материала и его интеграция связаны с эмоциональными и интеллектуальными инсайтами о психодинамике симптомов пациента и неверных межличностных паттернов.

Терапевтический потенциал повторного проживания эмоционально значимых эпизодов из детства, похоже, включает два важных элемента. Один из них это глубокое высвобождение подавлявшихся энергий и их периферическая разрядка в форме эмоциональной и физической абреакции. Второй это сознательная интеграция содержания, которое теперь свободно от эмоционального заряда. Это становится возможным благодаря двойной ориентации или дуальной роли, которую индивиды могут принимать в ЛСД состоянии либо одновременно, либо попеременно. С одной стороны, они испытывают полную и сложную возрастную регрессию в ранние периоды жизни, когда имеют место травматические события; с другой стороны, они также сохраняют доступ к ситуации, соответствующей их хронологическому возрасту и времени ЛСД сеанса. Так становится возможным переоценка со взрослой точки зрения значимости событий, которые однажды были сокрушительными для детского организма. Проигрывание ранних биографических событий, таким образом, переживается субъектом, представляющим собой интересный гибрид меду наивным, полностью эмоционально вовлеченным ребенком и более-менее отстраненным взрослым наблюдателем.

Эта дуальная роль также отражается в терапевтических отношениях. Субъект может воспринимать терапевта и интерпретировать объективную реальность способом, отражающим неразрешенный материал из прошлого. Однако на другом уровне он или она также может сохранять адекватную проверку реальности и детально исследовать происхождение и механизмы этих искажений. Отношение переноса обычно усиливается и испытывается в живой и красочной форме. Как показано в другой главе, искажения терапевтических отношений обычно разрастаются до карикатурности, и трансферентная природа этого явления становится очевидной и для пациента, и для терапевта. Усиление отношения, вызываемое препаратом, не только помогает *анализу переноса*, но также дает многочисленные возможности для корректирующего эмоционального опыта. Очень важно, чтобы терапевт оставался понимающим, невозмутимым и постоянно поддерживающим, безотносительно природы проявляющегося материала и поведения пациента. Это может оказать очень мощное терапевтическое действие на пациента, часто имеющего фантазии неприятия и отверженности или даже катастрофические ожидания насчет реакции терапевта на определенные аспекты его или её переживаний. Любое отклонение от этого подхода, если оно не было явно запланировано и заранее согласовано как терапевтическая ролевая игра, может усилить влияние исходной травмирующей ситуации, а не действовать корректирующим образом. Взыскательная и часто непростая задача терапевта ещё больше усложняется тем фактом, что пациент под действием ЛСД обычно меньше защищен и более открыт. В результате этого он или она может принять и использовать инсайты и интерпретации, которые были бы невозможными или неуместными в немедикаментозной психотерапии.

Внушаемость обычно явно усилена, и терапевт, использующий внушение в психотерапии, должен учитывать этот факт; однако этот подход следует использовать очень осторожно. На моем опыте, любое отклонение от честного и открытого взаимодействия с клиентом или использование разных затей и уловок, в конечном счете, вредит терапевтическому прогрессу.

ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ УПРАВЛЯЮЩИХ СИСТЕМ

Когда дозировка повышается или ЛСД сеансы повторяются, начинают действовать новые мощные механизмы и становятся доступными вдобавок к предыдущему. Многие терапевтические изменения на более глубоких уровнях можно объяснить тем, что они вызываются химическим вмешательством в динамику взаимодействия бессознательных образований, имеющих функцию управляющих систем. Самые важные из них это *системы конденсированного опыта* (СКО), организующие материал биографической природы, и *базовые перинатальные матрицы* (БПМ), играющие похожую роль в отношении эмпирических хранилищ, связанных с процессом смерти-возрождения. Важные характеристики этих двух категорий управляющих систем были описаны раньше. Мы также можем сказать о трансперсональных динамических матрицах; однако ввиду богатства и более расплывчатой организации трансперсональных областей было бы сложно дать им исчерпывающее описание.

Согласно природе эмоционального заряда мы можем различать негативные управляющие системы (негативные СКО, БПМ II, БПМ III, негативные аспекты БПМ I и негативные трансперсональные матрицы) и позитивные управляющие системы (позитивные СКО, позитивные аспекты БПМ I, БПМ IV и позитивные трансперсональные матрицы). Общая стратегия ЛСД терапии состоит в уменьшении эмоционального заряда, связанного с негативными системами, и улучшение эмпирического доступа к позитивным. Более конкретное тактическое правило это структурирование завершающего периода каждого отдельного сеанса так, чтобы это способствовало завершению и интеграции материала, который в этот день стал доступным. Явное клиническое состояние индивида это не глобальное отражение природы и общего количества бессознательного материала; оно зависит от специфического селективного фокуса и настройки, которые делают определенные аспекты материала эмпирически доступными. Индивиды, настроенные на разные уровни негативных психодинамических, перинатальных или трансперсональных управляющих систем, воспринимают себя и мир пессимистично и испытывают эмоциональные и психосоматические страдания. И наоборот, люди под влиянием позитивных управляющих систем пребывают в состоянии эмоционального благополучия и оптимального психосоматического функционирования. Конкретные качества результирующих состояний в обоих случаях зависят от природы активированного материала. Детальное обсуждение влияния СКО, БПМ и разных трансперсональных матриц на ЛСД субъектов смотри главу о после-сеансовых интервалах.

Изменения в управляющем влиянии динамических матриц может произойти в результате разных биохимических и физиологических процессов внутри организма, либо как реакция на ряд внешних физических и психологических влияний. ЛСД сеанс, видимо, является глубоким вмешательством в динамику управляющих систем и их функциональное взаимодействие. Детальный анализ феноменологии ЛСД переживаний показывает, что во многих случаях внезапные клинические улучшения во время терапии можно объяснить переходом от психологического доминирования негативных управляющих систем к состоянию, в котором индивид находится под выборочным влиянием позитивных образований. Такое изменение необязательно значит, что был проработан весь бессознательный материал, лежавший в основе определенного патологического состояния. Это лишь показывает внутренний динамический сдвиг от одной управляющей системы к другой. Эту ситуацию можно назвать *трансмодуляцией*; такое может произойти на нескольких разных уровнях. Сдвиг в сгущениях воспоминаний, связанных с автобиографическим материалом, можно назвать трансмодуляцией СКО. Ввиду взаимосвязанности СКО и БПМ обычно повторное переживание травматических детских воспоминаний является также частичным и смягченным

проживанием определенной грани травмы рождения. Похожим образом, позитивные детские воспоминания можно видеть, как частичное возвращение приятного постнатального или внутриутробного существования. Сравнимый динамический сдвиг от одной доминирующей перинатальной матрицы к другой можно назвать трансмодуляцией БПМ. Тогда в трансперсональной трансмодуляции участвуют управляющие функциональные системы трансиндивидуальных областей бессознательного.

Типичная позитивная трансмодуляция протекает в две фазы; она включает усиление доминирующей негативной системы и внезапный переход к позитивной. Однако если сильная позитивная система легко доступна, она может доминировать в ЛСД переживании с самого начала сеанса, а негативная система отступает на задний план. Переход от одного динамического образования к другому не обязательно означает клиническое улучшение. Есть вероятность, что плохо разрешенный и интегрированный сеанс приведет к негативной трансмодуляции—сдвигу от позитивной системы к негативной. Эта ситуация характеризуется внезапным появлением психопатологических симптомов, которые не проявлялись до сеанса. Другая интересная вероятность это переход от одной негативной системы к другой, тоже негативной. Внешние проявления такого интрапсихического события это выраженное качественное изменение симптоматики одного клинического синдрома другим. Иногда эта трансформация может быть такой драматичной, что пациент перемещается в совершенно другую диагностическую категорию; клиническая иллюстрация этого явления была дана в этой книге раньше. Хотя результирующее состояние может на поверхности казаться совершенно новым, все его существенные элементы существовали в потенциальной форме в эмпирическом багаже пациента до динамического сдвига. Потому важно понять, что вдобавок к проработке бессознательного материала ЛСД процедура также может включать драматичные сдвиги, меняющие его эмпирическую релевантность.

Я бы хотел упомянуть здесь интересную метафору, которую использовала одна из моих пациентов для иллюстрации её понимания этого процесса. Она описала человеческое бессознательное, как темный склад, полный всевозможных объектов, отвратительных или красивых. ЛСД процесс казался ей не только выносом хлама и мусора, но и изменением направления фонарика, который освещает внутреннее пространство. Только освещенные фонариком объекты можно воспринимать в данный момент. Похожим образом, только те бессознательные образования, которые освещены сознанием, можно полностью испытывать.

Тема, заслуживающая особого внимания здесь, это относительное терапевтическое значение негативных и позитивных переживаний на ЛСД сеансах. Вопрос о том, следует ли делать акцент ЛСД психотерапии на повторном проживании конфликтов и травматических воспоминаний или на достижении трансцендентальных переживаний, вызывал самые большие разногласия между психолитическими и психоделическими терапевтами. Согласно моему опыту, важными и неотъемлемыми частями процесса исцеления являются как проработка травмирующего материала, так и переживание экстатических состояний. К тому же, эти два аспекта ЛСД психотерапии кажутся диалектически взаимосвязанными. Уменьшение энергии негативных систем и проработка проблематических областей открывает доступ к глубоким позитивным эпизодам. И наоборот, если ЛСД субъекты испытывают глубокие трансперсональные состояния на начальных психоделических сеансах, это оказывает очень благотворное влияние на будущее течение психотерапии. Они трансцендируют узкие личностные рамки и видят свои проблемы с космической точки зрения. Это приводит к общему оптимистическому отношению, которое очень помогает в работе с негативным психодинамическим и перинатальным материалом, когда он проявляется в процессе лечения. Индивид, испытавший трансцендентальные состояния, сильно ощущает космическую идентичность и знает о конечной цели лечения. ЛСД процесс видится как работа над барьером, который отделяет его или её от своей Сути, а не одно лишь копание в мешке индивидуального бессознательного. Одновременный акцент на обоих аспектах этого процесса с поощрением его спонтанного протекания кажется наилучшим решением этой терапевтической дилеммы. Но позитивные переживания имеют фундаментальное значение

для терапевтического результата, и любая концепция, недооценивающая их, лишается мощного терапевтического элемента.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРОЦЕССА СМЕРТИ-ВОЗРОЖДЕНИЯ

Терапевтические изменения, связанные с переживаниями на психодинамическом уровне, выглядят не особо значительными по сравнению с теми, которые происходят в результате перинатальных эпизодов. Повседневная клиническая практика ЛСД психотерапии дает постоянные подтверждения мощного целительного потенциала процесса смерти-возрождения. Открытие этого могущественного терапевтического механизма, до сих пор незамеченного и непризнанного западной наукой, является одной из наиболее удивительных находок моих исследований ЛСД.

Эмпирические последовательности умирания и рождения могут привести к драматичному смягчению ряда эмоциональных и психосоматических проблем. Негативные перинатальные матрицы являются важными хранилищами эмоций и физических ощущений крайней интенсивности; они работают в качестве мощного эмпирического источника многих психопатологических синдромов. Такие тяжелые симптомы, как тревога, агрессия, депрессия, страх смерти, чувство вины, чувство неполноценности, беспомощность и общее эмоциональное напряжение, похоже, имеют глубокие корни на перинатальном уровне. Многие аспекты этих явлений и их взаимосвязи можно понять, рассматривая их в контексте травмы рождения. Также, мне часто удавалось связать с определенными аспектами процесса смерти-возрождения озабоченность клиента разными функциями тела или биологическим материалом, странные ипохондрические жалобы и ряд психосоматических симптомов. Это особенно верно для обычных или мигреновых головных болей, невротических чувств, недостатка кислорода и удушья, сердечных нарушений, тошноты и рвоты, разных дискинезий или мышечных напряжений, болей и треморов в различных частях тела.

Довольно частым наблюдением в психолитической терапии было то, что пациенты, окончательно вышедшие за пределы психодинамического уровня в своем процессе, продолжали иметь трудные ЛСД переживания и ряд клинических проблем в своей повседневной жизни. Стало очевидно, что определенные психопатологические симптомы коренились на перинатальном уровне и не могли исчезнуть, пока лежащий в их основе материал не будет тщательно проработан. Так, для достижения устойчивого разрешения (а не лишь временной ремиссии) клаустрофобии или подавленной депрессии требовалось пройти матрицу «нет-выхода». Похожим образом, глубокие корни ажитированной депрессии можно найти в борьбе смерти-возрождения третьей перинатальной матрицы.

Суицидальные желания часто полностью исчезали, когда пациенты прорабатывали и интегрировали перинатальный материал. Несколько индивидов, завершивших процесс смерти-возрождения, независимо сообщали, что их прежние суицидальные тенденции в действительности были непонятой потребностью в смерти эго и трансценденции. Так как раньше этот инсайт был для них недоступен, они психологически сосредотачивались на ситуации в объективной реальности, которая создавала близкое подобие смерти эго, а именно, на физическом уничтожении. Переживание психологической смерти, как правило, убирает или значительно уменьшает суицидальные тенденции и идеацию. Мощные агрессивные и саморазрушительные импульсы разряжаются в многочисленных драматичных эмпирических последовательностях процесса смерти-возрождения. К тому же, после завершения процесса смерти эго индивид рассматривает человеческое существование в гораздо более широких духовных рамках. Сознание видится превосходящим материю, и радикальные маневры на материальном плане кажутся абсурдным и неэффективным решением трудностей в личном развитии. Независимо от того, насколько трудными могут быть жизненная ситуация и обстоятельства с объективной точки зрения, суицид почему-то больше не кажется решением.

В нашей работе с алкоголиками и зависимыми от героина были сделаны интересные наблюдения, очень похожие на те, которые касаются суицидальных индивидов. С определенной точки зрения, алкоголизм и героиную зависимость можно рассматривать, как суицидальное поведение, растянутое на большой период времени; динамики, стоящие за

суицидом и зависимостью, имеют много общего. ЛСД пациенты, испытывавшие глубокие чувства космического единства, часто развивали негативное отношение к состояниям ума, вызываемым интоксикацией алкоголем и наркотиками. Инсайты этих пациентов о природе их зависимости напоминали таковые у людей с суицидальными тенденциями. После того, как они в своих сеансах открывали и проживали чувства космического единства, они понимали, что состоянием, которого они действительно жаждали, была трансценденция, а не интоксикация наркотиками. Они замечали определенное поверхностное сходство и общие моменты между алкогольной или героиновой интоксикацией и чувствами единства, вызванными ЛСД, и начинали понимать, что их потребность в этих наркотиках была основана на спутывании этих двух состояний. Общими элементами между трансцендентальным состоянием и этими интоксикациями являются исчезновение или уменьшение разных болезненных эмоций или ощущений, эмоциональное безразличие к своему прошлому или будущему, растворение границ тела и текучее, недифференцированное состояние сознания. Однако многие существенные характеристики состояния единства не представлены в переживании интоксикации алкоголем или наркотиками. Вместо вызова состояния космического сознания во всей его полноте, эти наркотики создают его карикатуру; но эта копия достаточно похожа, чтобы сбить индивида с толку и завлечь его или её в систематическое злоупотребление. Повторные приемы тогда ведут к биологической зависимости и необратимому физическому, эмоциональному и социальному вреду.

После переживаний смерти эго и космического единства, злоупотребление алкоголем или наркотиками и суицидальные тенденции видятся трагическими ошибками, вызванными неправильно понятой духовной жаждой трансценденции. Наличие сильных чувств такого рода, каким бы неправдоподобным оно ни казалось ввиду паттернов поведения и жизненного стиля наркозависимых и алкоголиков, может быть проиллюстрировано статистикой психоделической терапии. В исследовании Спринг Грув алкоголики и зависимые от героина имели самую высокую частоту мистических переживаний из всех исследовавшихся групп, включая невротиков, профессионалов по душевному здоровью и индивидов, умирающих от рака.

Чрезмерная агрессия, импульсивное поведение и садомазохистские тенденции тоже имеют важные корни на перинатальном уровне. Активация деструктивного и саморазрушительного потенциала в индивиде это один из важных аспектов борьбы смерти-возрождения. Сцены необузданной агрессии и массового уничтожения, а также садомазохистские оргии, являются стандартными компонентами перинатального раскрытия [1]. В этом контексте огромные количества деструктивной энергии мобилизуются и разряжаются; результатом становится драматичное уменьшение агрессивных чувств и тенденций. Переживание возрождения обычно связано с чувством любви, сострадания и почтения к жизни.

Перинатальные элементы также играют важную роль в динамике разных тревожных состояний и фобий, истерических конверсионных симптомов и определенных аспектов обсессивно-компульсивных неврозов. Многие сексуальные нарушения и девиации кажутся укорененными на перинатальном уровне и могут быть логически объяснены определенными аспектами и гранями травмы рождения. Это верно для импотенции, фригидности, менструальных болей, болезненных вагинальных спазмов во время полового акта (диспареунии), озабоченность биологическим материалом в сексуальном контексте, например, поедание фекалий и питье мочи (копрофилия и уролагния), клинический садомазохизм и определенные случаи фетишизма и гомосексуальности.

Многие важные аспекты шизофренического процесса, кажется, представляют перинатальные элементы в более-менее чистой форме. Здесь это глубокое бессознательное содержание не смягчается и не изменяется последующим биографическим материалом, как в случае большинства вышеупомянутых нарушений. Так, эпизоды дьявольских попыток, крайних физических и эмоциональных страданий, кажущихся бесконечными, глубокое чувство абсурдности существования или видения чудовищного мира картонных фигур и автоматов,

описываемые многими психотическими пациентами, указывают на участие БПМ II. Сценарии, включающие смерть, расчленение, уничтожение мира, космические катастрофы, искажения агрессивных и сексуальных импульсов, озабоченность биологическим материалом и эмпирический фокус на триаде рождение-секс-смерть, характерны для БПМ III. Мессианские иллюзии, отождествление с Христом и переживания возрождения или воссоздания мира связаны с переходом от третьей к четвертой перинатальной матрице. Ускорение и завершение процесса смерти-возрождения связано с исчезновением многих из данных психотических симптомов.

Таким образом, перинатальная область бессознательного, видимо, является универсальной, недифференцированной матрицей для ряда разных психопатологических и психосоматических симптомов и синдромов. Развивается ли патология или нет и какую специфическую форму принимает, зависит от качества и природы постнатальной жизни индивида. Это объясняет, почему переживания смерти и возрождения могут быть связаны с драматичными улучшениями в широком спектре клинических состояний и проблем. Терапевтические механизмы, доступные на этом уровне, гораздо более сильны, чем любые известные традиционной психиатрии и психотерапии. Эти глубокие изменения, похоже, включают комбинацию из двух важных терапевтических факторов. Первый это высвобождение и разрядка огромных объемов сдерживавшихся эмоций и физических ощущений, связанных с БПМ II и III, дававших энергию для клинических симптомов. Второй это целительный потенциал экстатических состояний единства, испытываемых в контексте БПМ IV и I. Эти переживания оказывают такое глубокое влияние на клинические симптомы разного рода, на структуру личности, иерархию ценностей и мировоззрение, что заслуживают дополнительного внимания.

Я считаю, что эмпирическое содержание перинатальных матриц невозможно свести к воспоминанию биологического рождения. Однако один из способов подойти к этому новому терапевтическому принципу состоит в том, чтобы сосредоточиться на биологических аспектах перинатального процесса. Независимо от того, может ли быть установлена причинная связь, переживания океанического экстаза и космического единства кажутся глубоко связанными с недифференцированным состоянием сознания, которое испытывает ребенок при симбиотическом взаимодействии с материнским организмом во время ненарушенного внутриутробного существования и кормления грудью. Связь чувств космического единства с переживаниями хорошей матки и хорошей груди дает ключи к пониманию их глубокого целительного потенциала. В психологии развития установлен тот факт, что блаженные лишённые эго состояния детских переживаний во время раннего периода жизни очень важны для его будущего эмоционального развития, стабильности и психического здоровья.

Переживания космического единства, вызываемые у взрослого ЛСД или разными немедикаментозными техниками, в этом смысле выглядят эквивалентами переживаний хорошей матки и хорошей груди. Они удовлетворяют фундаментальные психологические и биологические потребности индивида и способствуют эмоциональному и психосоматическому исцелению. Переживания растворенного экстаза, таким образом, можно считать ретроактивным вмешательством в историю индивида и анахроничным удовлетворением базовых потребностей младенца. Однако какими бы важными ни были данный механизм, он отражает только одну относительно поверхностную грань переживания космического единства. Излишне подчеркивать биологическую сторону этого явления значило бы отвергать его философские и духовные измерения. Индивид, имеющий трансцендентальные переживания, формирует совершенно новый образ собственной идентичности и космического статуса. Материалистический образ Вселенной, в которой индивид это бессмысленная песчинка в просторах космоса, немедленно заменяется мистической альтернативой. В новом мировоззрении эмпирически доступен индивиду сам творящий принцип Вселенной и, в определенном смысле, соразмерен и идентичен ему или ей. Это радикальное изменение перспективы, и оно имеет далеко идущие последствия в каждом аспекте жизни.

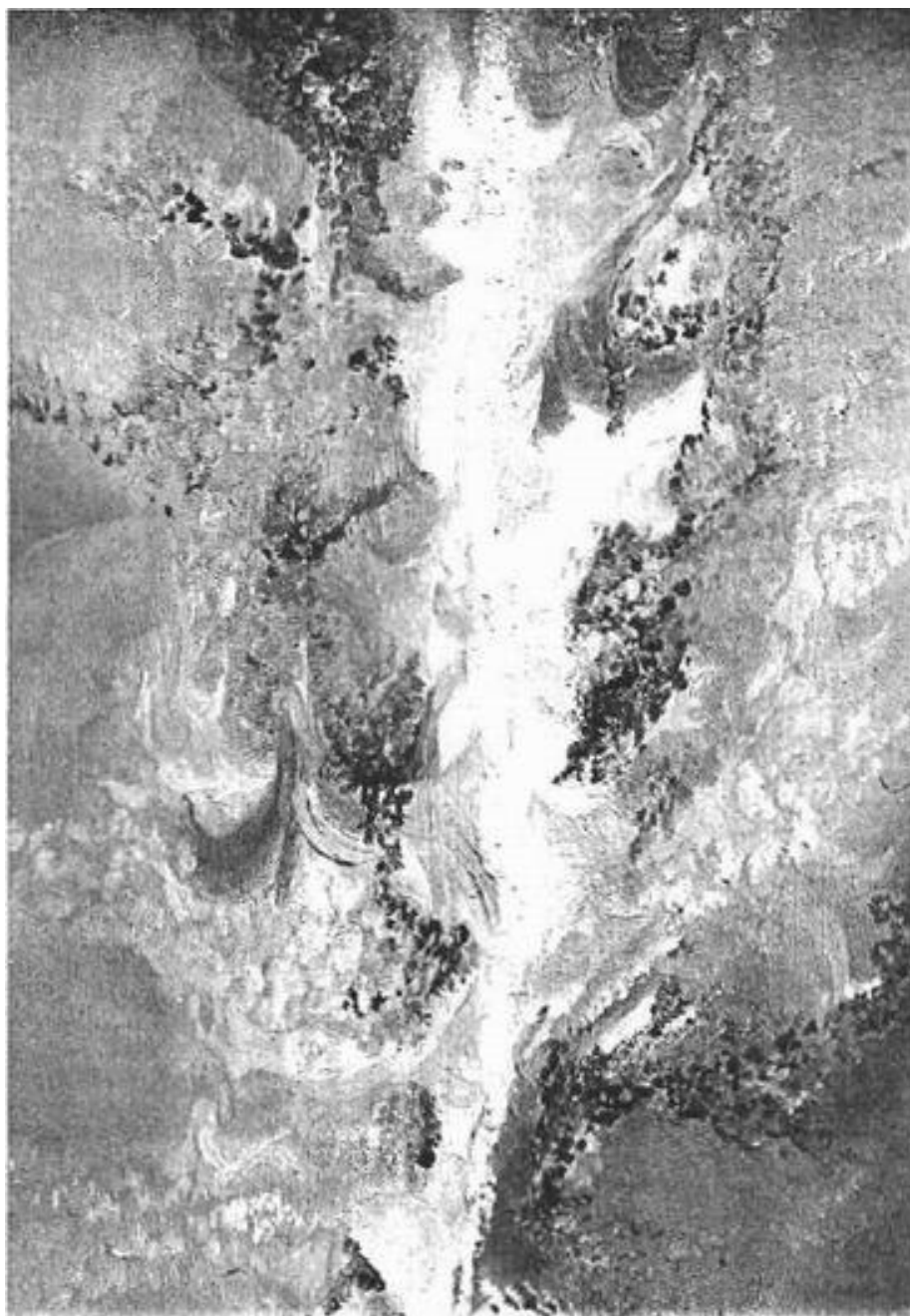


Уникальная серия картин из трансперсональных сеансов, изображающая инсайты о природе реальности и отношениях между эго, Сущностью и Вселенной.

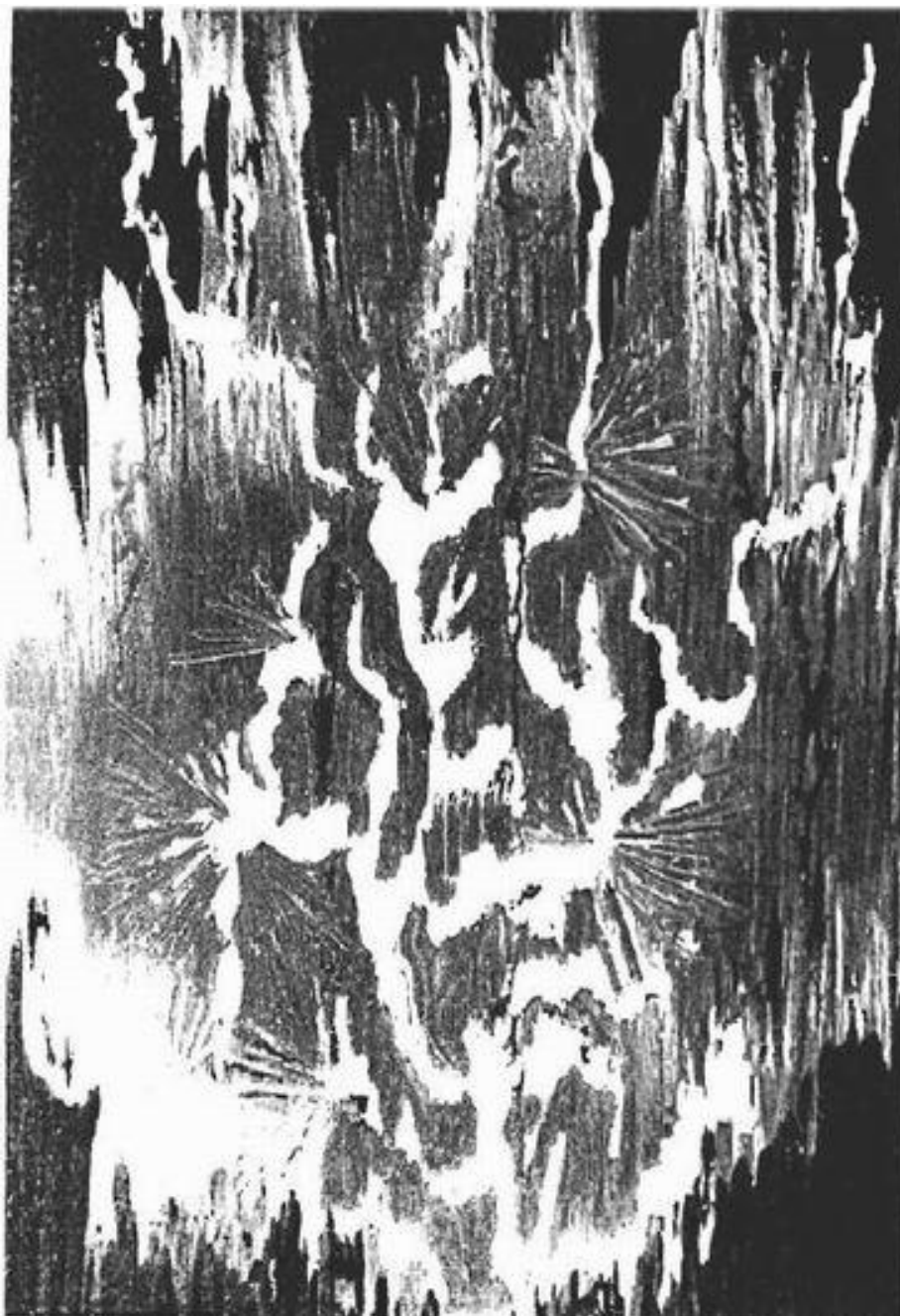
*Выше: «Через страдания к Черному Солнцу», проявление глубочайшего ядра человеческого существования, священной Сущности. Это символизируется Черным Солнцем, которое, в отличие от алхимического *sol niger*, связано с трансцендентальным блаженством. Красные полосы выражают страдания, которые нужно преодолеть, чтобы осознать свою истинную природу.*



Черное солнце здесь изображено, как высший источник творческой энергии в космосе. В сочетании с предыдущей картиной она приводит к идее «Внешнего внутри», фундаментальной идентичности между Сутью индивида и универсальной Сутью. Инсайт имеет сходство с индуистской концепцией, соединяющей Дживу и Атма-Брахмана, что особенно поразительно, так как субъект не была знакома с индуистской философией.



Процесс творения и его отношение к индивиду, а также к универсальной Сути. Поток творящей космической «энергии-сознания» исходит из своего источника, Черного Солнца, и производит бесконечное богатство форм. В этом случае созданные элементы связаны с царством растений: цветущие деревья и луга и водные формы растений.



Процесс космического творения через вулканическую активность. Пациентка, в перинатальном процессе испытавшая деструктивную силу вулканов, теперь признавала творческий, горообразующий потенциал светящейся магмы. Она связала это с примитивным, промежуточным состоянием между сознанием и материей, из которого появляются все формы и в которое они в итоге возвращаются.

В истории человеческой культуры переживания такого рода описывались в разных системах веками или даже тысячелетиями. Они могли происходить спонтанно у определенных индивидов в определенных обстоятельствах или быть вызваны разными духовными процедурами, специально разработанными для этих целей. Вопреки тому, что как существование этих переживаний, так и их благотворное воздействие на человека, было известно долгое время, они едва ли были упомянуты в контексте современной психотерапии или терапии вообще. До публикации работы Абрахама Мэслоу, единственными рамками психиатрии, в которых были возможны «пиковые переживания», была шизофреническая симптоматология. Но целительный потенциал экстатических состояний имеет такое огромное значение, что предлагает психиатрической терапии совершенно новое направление. Мы

должны тщательно изучить характеристики этих состояний и разработать новые методы способствования им и вызова этих состояний.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОГО УРОВНЯ

Наблюдения из ЛСД психотерапии дают достаточные доказательства того, что трансперсональные переживания являются большим, чем просто необычные феномены теоретического интереса. Во многих случаях специфические клинические симптомы укоренены в динамических структурах трансперсональной природы и не могут быть разрешены на уровне психодинамических или даже перинатальных переживаний. Чтобы убрать определенную эмоциональную, психосоматическую или межличностную проблему, пациенту иногда приходится испытать драматичные эпизоды чисто трансперсональной природы. Многие необычные и интересные наблюдения ясно показывают необходимость внедрения трансперсональных аспектов и подходов в повседневную терапевтическую практику.

К удивлению пациента и терапевта, с виду странные и необъяснимые переживания иногда оказывают драматичное влияние на определенные клинические симптомы и проблемы. Так как терапевтический процесс часто ведет в неизведанные и неописанные территории, как клиенту, так и терапевту требуется достаточная открытость и приключенческий дух. Терапевт, который ригидно придерживается конвенциональных парадигм и закрыт незнакомым уровням сознания, обычно будет менее эффективным с пациентами, чьи проблемы имеют сильный трансперсональный оттенок. Он или она не будет поддерживать в них переживания, которые разрешат их симптомы, а возможно, будет даже явно или неявно препятствовать вхождению в трансперсональные области. Такой подход, вдобавок к меньшей терапевтической эффективности, также не может удовлетворить сильные духовные потребности этих пациентов и дать им чуткое руководство.

У некоторых ЛСД пациентов трудные эмоциональные симптомы, которые не были разрешены на психодинамическом или перинатальном уровнях, исчезали или смягчались в связи с разными *эмбриональными переживаниями*. Повторное проживание попыток аборта, болезней матери или эмоциональных кризисов во время беременности и эмбриональные переживания нежеланности («отвергающая матка») могут иметь большую терапевтическую ценность. Особенно случаи драматичных терапевтических изменений наблюдались в связи с *переживаниями прошлых воплощений*. Иногда они происходят одновременно с перинатальными явлениями, иногда являются независимыми тематическими гештальтами. Субъект испытывает ряд эпизодов в другой стране и/или другом историческом периоде, обычно с глубокой эмоциональной вовлеченностью и драматичной абреакцией. Это связано с сильным чувством повторного проживания эпизода из прошлого воплощения. Определенная эмоциональная, межличностная или психосоматическая проблема ощущается важной частью кармического паттерна и исчезает, когда этот гештальт завершен. В некоторых случаях это может сопровождаться независимыми синхроничными изменениями в жизнях и отношениях людей, которых субъект счел протагонистами кармической сцены. Следующий эпизод является хорошей иллюстрацией этого необычного явления:

Таня, 34-летняя учительница и разведенная мать двоих детей, проходила ЛСД психотерапию депрессии, тревожных состояний и склонности к утомлению. Один из её ЛСД сеансов дал неожиданное решение серьезной физической проблемы, природа которой считалась чисто органической. В течение двенадцати предшествующих лет она страдала от хронических синуситов с периодическими острыми вспышками из-за простуд или аллергий. Проблемы с пазухами начались вскоре после её свадьбы и создавали большие трудности в жизни. Главными проявлениями были головные боли и сильные боли в щеках и зубах, субфебрильная температура, обильные назальные выделения и приступы чихания и хрипа. Во многих случаях её пробуждали приступы кашля; несколько раз эти утренние симптомы продолжались три-четыре часа. Таня проходила многочисленные тесты на аллергии, и многие специалисты лечили её антигистаминными препаратами, антибиотиками и промывкой пазух

разными растворами. Когда всё это не принесло никаких терапевтических результатов, доктора предложили операцию на пазухах, от которой Таня отказалась.

В некоторых своих ЛСД сеансах Таня испытывала удушье, гиперемию и сдавленность головы в контексте переживаний рождения. Она заметила, что некоторые из этих ощущений имели близкое сходство с её проблемами с пазухами; однако они были значительно усилены. После многих эпизодов чисто перинатальной природы переживание полностью раскрылось в повторное переживание того, что выглядело воспоминанием прошлого воплощения. В этом контексте её подавленность, удушье и перегрузка, раньше бывшие частью травмы рождения, стали симптомами утопления. Таня почувствовала, что она была привязана к наклоненной доске, и её медленно погружала под воду группа деревенских жителей. После драматичной эмоциональной абреакции, связанной с криком, сильным удушьем, кашлем и мощной секрецией огромных количеств густых, зеленоватых назальных выделений, она смогла опознать место, обстоятельства и протагонистов.

Она была молодой девочкой в деревне Новой Англии, которая была обвинена соседями в ведьмовстве, потому что у неё были необычные переживания духовной природы. Группа деревенских жителей затащила её ночью в березовую рощу неподалеку, привязала её к доске и утопила вниз головой в холодном пруду. В ярком лунном свете ей удалось узнать среди экзекуторов лица своего отца и мужа в нынешней жизни. В этот момент Таня увидела во многих элементах её теперешнего существования приблизительные повторения исходной кармической сцены. Определенные аспекты её жизни, включая специфические паттерны взаимодействия с её мужем и отцом, внезапно обрели смысл, вплоть до самых конкретных деталей.



Переживание прошлого воплощения Тани. Над ней темные фигуры толпы образуют круг на фоне ночного неба и полной луны.

Это переживание драмы в Новой Англии и все сложные связи, которые сделала Таня, хотя они и были убедительными на субъективном уровне, очевидно, не являются доказательством исторической валидности этого эпизода и причинной связи между тем событием и её проблемами с пазухами. Также её убежденность, что она встретилась с кармическим паттерном, не может служить доказательством существования реинкарнации. Однако, к удивлению всех заинтересованных, это переживание устранило состояние хронического синусита, которое беспокоило Таню в течение двенадцати лет и было совершенно невосприимчивым к конвенциональному медицинскому лечению.

Интересно отметить, что этот механизм не ограничивается психоделическими состояниями. Многие схожие наблюдения сообщались терапевтами, использующими немедикаментозные техники наподобие гипноза, гештальт практики или первичной терапии. Деннис Кесли и Джоан Грант вызывают у своих субъектов гипнотический транс и внушают, что они возвращаются во времени, чтобы найти источник их эмоциональных и физических проблем. Без специального программирования многие из их субъектов в этих обстоятельствах повторно проживают воспоминания прошлых воплощений и разрешают в этом контексте свои симптомы.

Следует упомянуть здесь одну из их пациенток, потому что участвующий механизм очень похож на тот, который я много раз наблюдал во время ЛСД психотерапии. Она страдала от тяжелой фобии птичьих крыльев и перьев, которая годами не поддавалась конвенциональному психологическому лечению. Её трудный симптом разрешился после повторного проживания с драматичной абреакцией сцены, имевшей качество прошлого воплощения. Она ощутила себя в мужской форме, персидским воином, который был ранен стрелой и умирал на поле боя. Когда он лежал, приближаясь к последней агонии, вокруг него собирались стервятники, ожидая его смерти. Они постоянно подпрыгивали к нему и клевали его, ударяя по лицу крыльями. Пациент нашла корни своей фобии птичьих перьев в этом ужасном переживании; разрядка эмоциональной энергии вместе с новым инсайтом немедленно освободило её от изнуряющего симптома.

Эмметт Миллер периодически делала похожие наблюдения, используя гипнотическую технику, которую она называет выборочным осознанием. В США есть психологи и психиатры, специализирующиеся на регрессии пациентов до уровня прошлого воплощения с целью нахождения корней личностных и межличностных проблем. Многие переживания прошлых воплощений описывались в контексте аудитинга в саентологии. Лекции Эдгара Кейси также часто содержат обращения к кармическим уровням, как к источникам проблем его клиентов. Иногда воспоминания прошлых воплощений проявляются спонтанно в повседневной жизни; они могут иметь такие же благоприятные последствия, если им позволяют достигнуть завершения. Это поднимает вопрос о том, как много возможностей эффективного терапевтического вмешательства были упущены Картезиано-ньютоновскими психиатрами, пациенты которых сообщали о доступе к кармическим уровням. Важность трансперсональных переживаний для терапевтического подхода к шизофрении в этой книге было проиллюстрировано выше историей Милады.

Родовые переживания иногда могут играть такую же роль, как воспоминания прошлых воплощений. В некоторых случаях симптомы исчезают после того, как пациенты повторно проживают то, что они ощущают, как воспоминания из жизней их предков. Я также наблюдал, как пациенты определяли некоторые свои интрапсихические проблемы как интериоризированные конфликты между семьями их предков и разрешали их на этом уровне. Некоторые психопатологические и психосоматические симптомы порой можно проследить до элементов *растительного* или *животного сознания*. Так, сложные и с виду странные ощущения одной пациентки были разрешены, когда она узнала в них состояния растительного сознания и позволила себе отождествиться с деревом. У другого пациента необычные физические чувства и симптомы тяжелой сенной лихорадки были усилены эффектом препарата и стали аутентичными ощущениями бытия животным другого вида. Чтобы проиллюстрировать сложность и занимательные измерения подобных проблем я бы хотел описать случай, который не включает четкого терапевтического результата, но наталкивает на самые интересные идеи.

Со мной недавно связался Артур, 46-летний математик, у которого были опыты с ЛСД в прошлом в дидактических целях и как способ найти корни его невротических симптомов. Большая часть работы, которую он выполнил на своих сеансах, была сосредоточена на эмбриональном развитии и рождении. Ему пришлось столкнуться с особыми трудностями в этих областях в связи с тем, что у него была сестра-близнец. Во многих его ЛСД сеансах у него были видения и переживания существ со сложной геометрической организацией. Он

ощущал, что сильно эмоционально вовлечен в эти переживания, хотя они были странными, и их смысл был непонятен. Он не понимал, почему потратил столько времени на эти странные и непонятные формы.

Несколько лет спустя, много после завершения его ЛСД сеансов, он переутомился во время работы над важным проектом. Много месяцев он мало спал, пил много кофе и выкуривал по две пачки сигарет в день. Во время периода восстановления после сердечного приступа он приобрел книгу Эрнста Геккеля «Красота форм в природе», коллекцию рисунков с изображением разных животных форм в эволюционной генеалогии. Он был поражен, когда, просматривая книгу, узнал много форм, представлявших такую важную часть его ЛСД сеансов. Тогда он получил понимание природы процесса, который он никогда не завершал. Как близнецу, во время эмбрионального развития ему приходилось сталкиваться с особыми проблемами, связанными с симметрией. Его переживания разных стадий своего эмбрионального развития в ЛСД сеансах были связаны с соответствующими животными формами согласно биогенетическому закону Геккеля. В этом контексте он заметил, что сердце, как асимметричный орган, представляет особые проблемы во время эмбриогенеза. Именно на этом уровне, в области базовой геометрии природы, Артур нашел глубочайшие корни своего интереса всей жизни к математике, симметрии и геометрическим формам.

В некоторых случаях ЛСД пациенты замечали, что некоторые из их симптомов, отношений и поведения были проявлениями определенной *архетипической структуры*. Полное эмпирическое отождествление с разными архетипическими сущностями может привести к разрешению подобных проблем. Иногда такие энергетические формы имеют настолько чуждое качество, что поведение ЛСД субъектов напоминает то, что антропологи называют духовной одержимостью. В подобных случаях терапевтическая процедура может иметь много черт экзорцизма, каким его практиковали средневековые церкви, или изгнания злых духов первобытных культур. Такие ситуации могут быть очень непростыми как для пациента, так и для терапевта. Следующая история является самым драматичным примером этого феномена, которое я когда-либо наблюдал; тот факт, что у пациента на протяжении большей части процесса была амнезия, отличает его от других подобных эпизодов.

Работая в Мерилендском Центре Психиатрических Исследований, я организовал конференцию состава в Больнице Спринг Грув. Один из психиатров представлял случай Флоры, 28-летней одинокой пациентки, которая была более восьми месяцев госпитализирована в закрытом отделении. Была испробована вся возможная терапия, включая транквилизаторы, антидепрессанты, психотерапию и трудотерапию, но результатов не было, и ей грозил перевод в хроническое отделение. У Флоры была одна из самых сложных комбинаций симптомов и проблем, которые я когда-либо встречал в своей психиатрической практике. Когда ей было шестнадцать, она была членом банды, совершившей вооруженное ограбление и убившей ночного охранника. Как водитель автомобиля для бегства с места преступления, Флора провела четыре года в тюрьме и получила условно-досрочное освобождение. В течение последовавших буйных лет она стала зависимой от многих наркотиков и часто использовала высокие дозы психостимуляторов и барбитуратов. Её тяжелые депрессии были связаны с жестокими суицидальными тенденциями; у неё часто были импульсы к тому, чтобы вылететь на машине с обрыва или столкнуться с другой машиной. Она страдала от истерической рвоты, которая легко начиналась в ситуациях эмоционального возбуждения. Возможно, самой мучительной её жалобой был болезненный спазм лица, «невралгия тройничного нерва», для которой нейрохирург из Джона Хопкинса предложил операцию на мозге, состоящую в разрыве участвующих в этом нервов. Флора была лесбиянкой, и у неё были глубокие конфликты и чувство вины в связи с этим; у неё никогда в жизни не было гетеросексуальной связи. Ситуация ещё осложнялась тем, что она была предана суду за то, что сильно поранила свою девушку и соседа по комнате, пытаясь почистить ружье под воздействием героина.

В конце конференции Спринг Грув выступивший психиатр спросил доктора Чарльза Сэвэджа и меня, согласны ли мы провести ЛСД психотерапию. Мы наши это решение крайне

трудным, особенно из-за того, что это происходило во время национальной истерии на тему ЛСД. У Флоры уже было криминальное прошлое, она имела доступ к оружию, и у неё были серьезные суицидальные тенденции. Мы хорошо понимали, что атмосфера была такова, что если бы мы провели с ней ЛСД сеанс, что бы ни произошло после этого момента, было бы автоматически приписано препарату, без учета её прошлой истории. С другой стороны, всё остальное было испробовано без успеха, и ей грозило провести остаток жизни в хроническом отделении. Наконец, мы решили испытать удачу и принять её в ЛСД программу, ощущая, что её отчаянная ситуация оправдывала риск.

Первые два высокодозовых ЛСД сеанса Флоры не особо отличались от многих других, которые я проводил в прошлом. Она столкнулась с рядом ситуаций из своего бурного детства и несколько раз повторно прожила эпизоды борьбы в родовом канале. Ей удалось связать её жестокие суицидальные тенденции и болезненные лицевые судороги с определенными аспектами травмы рождения и разрядить огромные количества сильных эмоций и физического напряжения. Несмотря на это, терапевтические результаты выглядели минимальными.

В её третьем ЛСД сеансе в течение первых двух часов не происходило ничего особенного; её переживания были похожи на два предыдущих сеанса. Вдруг она начала жаловаться, что болезненные судороги её лица становились невыносимыми. На наших глазах лицевые спазмы гротескно усиливались, и её лицо застыло в выражении, которое лучше всего описать, как маска зла. Она стала говорить глубоким мужским голосом, и всё в ней было настолько другим, что я не видел никакой связи между её нынешним видом и прошлой личностью. Её глаза выражали неопишемую злобу, а её пальцы были в судорогах и напоминали когти.

Чужеродная энергия, принявшая контроль над её телом и голосом, представилась дьяволом. «Он» повернулся прямо ко мне, приказывая мне держаться подальше от Флоры и оставить попытки ей помочь. Она принадлежала ему, и он бы наказал любого, кто осмелился бы вторгнуться на его территорию. За этим последовали явные угрозы, серия мрачных описаний того, что случилось бы со мной, моими коллегами и программой, если бы я не подчинился. Трудно описать жуткую атмосферу, которую создала эта сцена; можно было почти ощутить непостижимое присутствие чего-то чужого в комнате. Сила угроз ещё больше возрастала оттого, что они содержали определенную конкретную информацию, к которой пациентка в обычной жизни не могла получить доступ.

Я оказался в значительном эмоциональном стрессе, имевшем метафизические измерения. Хотя я наблюдал похожие проявления в нескольких ЛСД сеансах, они никогда не были такими реалистичными или убедительными. Мне было трудно контролировать свой страх и вступить в то, что я чувствовал активным сражением с присутствующим. Я быстро думал, пытаюсь выбрать наилучшую стратегию для ситуации. В определенный момент я поймал себя на мысли, что нам следует иметь распятие в нашем терапевтическом арсенале. Моя рационализация этой идеи была в том, что это проявлялся, очевидно, архетип, и в этих обстоятельствах крест мог быть специфическим архетипическим средством.

Вскоре мне стало ясно, что мои эмоции страха или агрессии делали сущность более реальной. Я не мог перестать думать о сценах из научной фантастики о чужеродных сущностях, подпитывавших эмоции. Наконец я понял, что для меня было важно оставаться спокойным и сосредоточенным. Я решил войти в медитативное состояние, держа сведенную судорогами руку Флоры и пытаюсь относиться к ней так, как раньше. В то же время я пытался визуализировать оболочку света, окутывающую на обоих. Ситуация продолжалась более двух часов по линейному времени; по субъективному ощущению это были самые долгие два часа в моей жизни, не считая моих собственных психоделических сеансов.

После этого рука флоры расслабилась, и её лицо вернулось к своей обычной форме; эти изменения были такими же резкими, как и начало этого странного состояния. Вскоре я обнаружил, что она не помнила ничего из предыдущих двух часов. Позже в своих записях она описала первые часы сеанса и продолжила периодом, следующим за «состоянием одержимости». Я всерьез задумался, стоит ли обсуждать с ней время, охваченное амнезией, и

решил не делать этого. Не было ни одной причины вводить в её сознательный разум такую мрачную тему.

К моему великому удивлению, этот сеанс привел к поразительному терапевтическому прорыву. Флора утратила свои суицидальные тенденции и начала по-новому ценить жизнь. Она отказалась от алкоголя, героина и барбитуратов и начала рьяно посещать собрания маленьких религиозных групп в Кантонсвилле. Большую часть времени она не испытывала лицевых спазмов; энергия в их основе, видимо, исчерпалась в «маске зла», которую она сохраняла в течение двух часов. Периодическое возвращение этой боли имело незначительную силу и не требовало лечения. Она стала экспериментировать с гетеросексуальными отношениями и, наконец, вышла замуж. Однако её сексуальные улучшения не были идеальными; она была способна к половому акту, но нашла его болезненным и не очень приятным. Брак завершился через три месяца, и Флора вернулась к лесбийским отношениям; но теперь с гораздо меньшим чувством вины. Её состояние настолько улучшилось, что её приняли на работу водителем такси. Хотя в последующие годы были свои взлеты и падения, она не вернулась в психиатрическую лечебницу, которая могла бы стать её постоянным домом.

Данное обсуждение и два приведенных примера являются только маленьким образцом наблюдений, которые я сделал за двадцать лет ЛСД исследований, говорящих о том, что трансперсональные переживания могут иметь огромную терапевтическую ценность. Каким бы ни было профессиональное и философское мнение терапевта о природе трансперсональных переживаний, он или она должны понимать их терапевтический потенциал и поддерживать клиентов, если их самопознание приводит их в трансперсональные области.

Эти наблюдения из ЛСД психотерапии касаются эффективных механизмов терапевтических изменений ясно показывают, что ни одна из существующих психологических школ не охватывает весь спектр вовлеченных процессов и не предоставляет для них адекватных объяснительных рамок. Некоторые из основных психотерапевтических направлений предлагают полезные формулы для области бессознательного, на которой они сосредоточены. Фрейдовский психоанализ очень помогает, пока ЛСД сеансы концентрируются на биографическом уровне. Ранкианская система, с некоторыми важными модификациями, релевантна для понимания биологических аспектов процесса смерти-возрождения. Райхианские и нео-райхианские подходы дают важные теоретические и практические ключи для работы с физическими и энергетическими аспектами биографических и перинатальных уровней. Юнгианская психология исследовала и картографировала многие важные эмпирические трансперсональные области. Но каждая из данных систем лишь частично подходит для психоделического процесса, и ригидная приверженность любой концептуальной системе, в конце концов, является антитерапевтической. В этой связи психология и психиатрия могут усвоить важные уроки современной физики. Недавно физик-теоретик Джоффри Чу сформулировал революционный подход, который он назвал *«шнурочной» философией природы*. В этом взгляде Вселенная представляется не гигантским механизмом, набором объектов, взаимодействующих друг с другом по принципам механики Ньютона, а бесконечно сложной сетью взаимосвязанных событий. Ни одно из качеств любой части сети не является фундаментальным; они все следуют из качеств других частей, и общий состав их взаимодействия определяет структуру всей сети. Способ, которым разные дисциплины делят реальность, в конечном счете, произволен, и все научные теории являются лишь более или менее полезными приближениями.

В области исследований сознания ближайшей параллелью к философии Джоффри Чу является концепция спектральной психологии, сформулированная Кеном Уилбером. Она предполагает, что разные существующие школы точно описывают разные уровни или слои сознания, но не применимы к психике во всей её полноте. Для эффективной ЛСД психотерапии важно подходить к процессу самоисследования с точки зрения спектральной психологии и в духе «шнурочной философии». Любые теоретические модели являются лишь приблизительными и полезными оформлениями данных об определенной области,

доступной определенный момент. Их не следует принимать за точные и исчерпывающие описания мира. Чтобы быть катализатором научного прогресса, а не помехой, концептуальная система должна быть не категоричной и гибкой; она должна реагировать на новые наблюдения или даже вырабатывать их. Реальность всегда больше и сложнее, чем самая продуманная и широкая теория. Если терапевт путает теоретическую систему с «истиной» о реальности, это рано или поздно помешает терапевтическому процессу и создаст серьезные препятствия в лечении пациентов, у которых есть терапевтические потребности в переживаниях, которые данная система не содержит или не позволяет.

Мое сегодняшнее мнение состоит в том, что эмоциональные и психосоматические симптомы указывают на блокировку энергии и, в сущности, являются потенциальными переживаниями в конденсированной форме, пытающимися проявиться. Я считаю, что роль терапевта должна заключаться в том, чтоб помочь мобилизовать энергию и способствовать свободному потоку переживаний. Он или она не должны вносить никакого концептуального или эмоционального вклада в результирующее переживание и должны стремиться поддерживать и позволять процесс до тех пор, пока он не создает физической опасности клиенту или другим. В конечном счете, совершенно не важно, какую форму принимает переживание, если клиент доверяет своему процессу и полностью ему отдается. Это может быть детское воспоминание, эпизод рождения, кармическая ситуация, филогенетический эпизод или демоническое проявление. Терапевт должен быть достаточно открытым, чтобы побуждать клиента следовать за потоком энергии, независимо от конкретного содержания процесса. Завершение эмпирического гештальта приносит терапевтические результаты независимо от того, был ли процесс понят интеллектуально. После завершения процесса терапевт и клиент могут попытаться уложить события сеанса в теоретическую систему. В зависимости от природы и уровня переживания, системой с наилучшей картографией может быть фрейдовский психоанализ, психология Ранка, теоретические конструкторы К. Г. Юнга, Тибетский Буддизм, алхимия, Каббала или другие древние картографии сознания, мифология определенной культуры или определенной духовной системы. Однако интеллектуальная обработка должна считаться интересным академическим упражнением, которое не важно для терапевтического прогресса. Хотя на поверхности это может казаться интеллектуальной анархией, несущей концептуальный хаос, здесь есть своя глубокая логика, и это можно в значительной степени связать с новой моделью Вселенной и человеческой природы. Обсуждение этого вопроса нужно оставить для следующей книги.

СНОСКИ

1. Возможные социополитические выводы этого наблюдения детально обсуждались в моей работе «Перинатальные корни войн, тоталитаризма и революций»
2. Биогенетический закон Эрнста Геккеля утверждает, что во время своего индивидуального развития (онтогенеза) организм повторяет в конденсированной форме историю вида (филогенез).

ЭПИЛОГ: БУДУЩЕЕ ЛСД ПСИХОТЕРАПИИ

В предыдущих разделах этой книги я попытался выразить и проиллюстрировать мое убеждение, что ЛСД это уникальный и мощный инструмент для исследования человеческого разума и человеческой природы. Психоделические переживания опосредуют доступ к глубоким областям психики, которые ещё не были открыты и признаны главенствующей психологией и психиатрией. Они также открывают новые возможности и механизмы терапевтических изменений и личностной трансформации. Тот факт, что спектр ЛСД переживания кажется большинству профессионалов непонятным и не может быть объяснен существующими теоретическими системами, не означает, что эффекты ЛСД совершенно непредсказуемы. Безопасное и эффективное использование этого препарата требует фундаментального пересмотра существующей теории и практики психотерапии. Однако

можно сформулировать базовые принципы психотерапии при помощи ЛСД, которые увеличивают её терапевтическую пользу и минимизируют риски.

На данный момент очень трудно предсказать будущее ЛСД психотерапии. Тот факт, что она может применяться безопасно и эффективно, не означает автоматически, что она будет ассимилирована психиатрией мейнстрима. Этот вопрос осложняется многими факторами эмоциональной, административной, политической и законодательной природы. Однако нам следует проводить четкую грань между будущим ЛСД психотерапии и её вкладом в теорию и практику психиатрии. Ранее в этой книге я упомянул, что ЛСД это катализатор и усилитель психических процессов. Если его правильно использовать, он может стать чем-то наподобие микроскопа или телескопа в психиатрии. Независимо от того, продолжится ли в будущем исследование ЛСД, инсайты, полученные в экспериментах с ЛСД, имеют большую ценность и релевантность.

Теоретические формулировки и практические принципы, которые открыла или подтвердила ЛСД психотерапия, включают новую, расширенную картографию человеческого разума, новые эффективные терапевтические механизмы, новую стратегию психотерапии и синтез духовности и науки в контексте трансперсонального подхода. К тому же, недавнее быстрое сближение между мистицизмом, современными исследованиями сознания и квантово-релятивистской физикой говорят о том, что психоделические исследования могли бы в будущем сделать вклад в наше понимание природы реальности.

Верно, что психоделическое экспериментирование имеет свои опасности и ловушки. Но авантюры в неизведанные области никогда не лишены риска. Вильгельм Конрад Рентген, открывший рентгеновские лучи, потерял пальцы в результате своих экспериментов с новой формой радиации. Уровень смертности первых пилотов, проложивших путь к современным реактивным путешествиям, был около 75 процентов. Уровень риска прямо пропорционален значению открытия и его потенциалу; так, изобретение пушечного пороха подразумевало меньший риск, чем изобретение ядерной энергии. ЛСД это инструмент необычайной силы; после более чем двадцати лет клинических исследований я ощущаю большой трепет перед его позитивным и негативным потенциалом. Каким бы ни было будущее ЛСД психотерапии, важно понять, что запретив психоделические исследования, мы не только прекратили изучать интересный препарат или группу веществ, но также оставили самые многообещающие подходы к пониманию человека и сознания.

Нынешние перспективы систематических ЛСД исследований и его обширного использования в психотерапии выглядят довольно мрачными. На данный момент трудно сказать, изменится ли ситуация, хотя есть указания на то, что общий климат может стать более благоприятным в будущие годы.

Одной из главных проблем ЛСД психотерапии была необычная природа и содержание психоделического переживания. Интенсивность эмоциональных и физических выражений, характерных для ЛСД сеансов, резко контрастировало с конвенциональным образом психотерапии, с её обсуждениями лицом к лицу или дисциплинированными свободными ассоциациями на кушетке. Темы рождения, смерти, безумия, ЭСВ, космического единства, архетипических сущностей или воспоминаний прошлых воплощений, возникающие в психоделических состояниях, лежали далеко за пределами конвенциональных тем психотерапии, которая делала акцент на биографических данных. Средний профессионал в то время чувствовал нежелание или даже страх по отношению к эмпирическим областям такого рода из-за их связи с психозом. Теперь сильные эмоциональные всплески, драматичные физические проявления и разные перинатальные и трансперсональные переживания гораздо более приемлемы и менее пугающи для многих терапевтов, потому что их обычно можно встретить в контексте новых эмпирических терапий наподобие Гештальт практики, групп общения, сеансов марафонов и голых марафонов, первичной терапии и разных нео-райхианских подходов. Многие современные терапевты ценят и поощряют разные драматичные переживания, которые в рамках классического анализа виделись бы опасными отыгрышами и считались бы поводом для прерывания лечения или даже психиатрической госпитализации.

Некоторые современные подходы к шизофрении, фактически, поощряют глубокую эмпирическую погруженность в процесс вместо его химического подавления. Для новых терапевтов данной ориентации психоделики были бы естественным следующим шагом для ускорения и углубления процесса.

ЛСД вышел на сцену во время психофармакологической революции, когда новые транквилизаторы и антидепрессанты испытывали свой ранний триумф и подавали огромные надежды на легкое химическое решение большинства проблем психиатрии. На данный момент большая часть начального энтузиазма в этой области поутихла. Придавая значение гуманизации психиатрических лечебниц и умиротворению психиатрических палат, что приблизило их атмосферу к обычным больницам, становится всё более очевидно, что транквилизаторы и антидепрессанты, по большому счету, являются лишь симптоматическими средствами. Они не решают проблемы и в более серьезных случаях ведут к пожизненной зависимости от постоянного приема лекарств. К тому же, растет число профессиональных публикаций, подчеркивающих опасности широкого использования этих препаратов: необратимые неврологические симптомы поздней дискинезии, дегенеративных изменений сетчатки или настоящей физиологической зависимости с синдромом отмены.

Нам также следует упомянуть важные социальные силы, которые могут сыграть роль в будущих изменениях политики по отношению к психоделическим исследованиям. Многие из молодых людей, которые занимают или скоро займут разные положения социальной значимости (например, адвокаты, учителя, администраторы или профессионалы по психическому здоровью) имели интенсивное взаимодействие с психоделиками во время своих студенческих лет. Эти индивиды, самостоятельно испытавшие или имевшие возможность наблюдать процесс у близких друзей и родственников, сформируют независимый образ и не будут зависеть от вторичных источников информации. Элементы разумности в новых законах о марихуане во многих штатах могут быть первыми плодами этого процесса. Тот факт, что ритуальное и ответственное использование психоделиков получило социальное одобрение в некоторых древних обществах и доиндустриальных культурах и значительно вплелось в социальную структуру, является отчасти обнадеживающим прецедентом.

БИБЛИОГРАФИЯ

(пропущено)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: кризисное вмешательство в ситуациях, связанных с бесконтрольным использованием психоделиков

С середины шестидесятых, когда эксперименты с ЛСД и другими психоделиками вышли из психиатрических учреждений и клиник в частные дома и публичные места, роль профессионалов по психическому здоровью в отношении этих веществ радикально изменилась. Вместо того, чтоб быть передовыми экспериментаторами и исследователями, они стали спасателями и помощниками, призванными работать с несчастными случаями, связанными с психоделиками. Эта перемена во многом повлияла на нынешние подходы большинства профессионалов к этим препаратам; основной фокус психиатров и психологов переместился от терапевтического потенциала психоделиков к их опасностям. В очень эмоциональной атмосфере, созданной сенсационной прессой, профессионалы позволили формировать их образ ЛСД журналистам и газетным заголовкам, а не научным данным, полученным исследованиями. И наоборот, несчастные случаи и осложнения бесконтрольного экспериментирования с ЛСД, вместо того, чтобы быть отнесенными к безответственному и невежественному использованию, были интерпретированы как отражение опасностей, присутствующих самому препарату.

Ограничительное законодательство практически разрушило научные исследования психоделических веществ, но было не особо эффективным в обуздании бесконтрольного экспериментирования. В то время как на улицах и университетских городках легко доступны образцы психоделических препаратов сомнительного качества, для серьезного исследователя почти невозможно получить лицензию на научное изучение их эффектов. В результате этого профессионалы попали в очень парадоксальную ситуацию: от них ожидается

профессиональная помощь в области, с которой им запрещено проводить исследования и получать новую научную информацию. Распространенность использования психоделиков и относительно высокая частота связанных с ними проблем резко контрастируют с отсутствием понимания вовлеченных феноменов; это верно как для широкой публики, так и для большинства профессионалов по психическому здоровью.

Эта ситуация имеет очень серьезные практические последствия. С разными происшествиями, связанными с использованием психоделических препаратов, работают, в лучшем случае, неэффективным способом, а чаще—контрпродуктивным и вредным. Кризисное вмешательство в психоделических сеансах и лечение долговременных побочных эффектов бесконтрольного самоэкспериментирования являются вопросами такой медицинской и социальной актуальности, что они заслуживают особого внимания. Большая часть информации, важной для понимания вовлеченных проблем и для эффективного подхода к этой области, была представлена в разных разделах этой книги. Однако ввиду важности данной проблемы я кратко повторю уместные данные и свяжу их с рассматриваемым вопросом.

ПРИРОДА И ДИНАМИКА ПСИХОДЕЛИЧЕСКИХ КРИЗИСОВ

Понимание динамики психоделических переживаний абсолютно необходимо для эффективного преодоления кризиса. Трудное ЛСД переживание, если оно началось не в результате явного плохого обращения с индивидом, является экстериоризацией потенциально патогенной матрицы бессознательного субъекта. Если с ним правильно работать, психоделический кризис имеет огромный позитивный потенциал и может привести к глубокой трансформации личности. И наоборот, бесчувственный и невежественный подход может нанести психологический вред и привести к хроническим психотическим состояниям и годам психиатрической госпитализации.

Перед обсуждением трудных переживаний, которые происходят на психоделических сеансах, и принципов кризисного вмешательства, мы обобщим наши прошлые разговоры о природе и базовой динамике ЛСД процесса. ЛСД не создает специфичного состояния с определенными стереотипными характеристиками; его лучше всего назвать катализатором или усилителем психических процессов, опосредующим доступ к скрытым территориям человеческого разума. Как таковой, он активирует глубинные хранилища бессознательного материала и приносит их содержание к поверхности, делая его доступным для прямого переживания.

Человек, принявший вещество, испытает не «ЛСД состояние», а фантастическое путешествие в свой собственный разум. Поэтому во всех явлениях, встреченных во время этого путешествия (образы, эмоции, мысли и психосоматические процессы), следует видеть проявления латентных объемов психики субъекта, а не симптомы «токсического психоза». В ЛСД состоянии чувствительность к внешним факторам и обстоятельствам усиливается до огромной степени. Эти экстрафармакологические влияния включают все факторы, которые обычно называют «установка и обстановка»: понимание субъектом эффектов препарата и цели приема, его общий подход к переживанию и физические и межличностные аспекты ситуации. Трудное ЛСД переживание, таким образом, отражает либо патогенную структуру бессознательного субъекта, либо травматические обстоятельства, либо комбинацию этих двух факторов.

Идеальные условия для ЛСД сеанса включают простое, безопасное и красивое физическое окружение и межличностную ситуацию поддержки, уверенности и заботы. В этих обстоятельствах, когда отсутствуют беспокоящие внешние стимулы, негативные ЛСД переживания можно считать психологической работой над травматическими областями собственного бессознательного. Для хорошего результата ЛСД сеанса важно, чтобы он оставался интернализованным, а также полностью проживать и выражать всё, что проявляется. Психоделические сеансы, в которых субъект не следует за процессом, чреваты дисбалансом в базовой динамике бессознательного. Защитная система ослаблена эффектом препарата, но высвобожденный бессознательный материал не получает адекватной

проработки и интеграции. Такие сеансы ведут к продлению эффектов или последующим «флэшбэкам».

Единственный способ способствовать завершению и интеграции ЛСД сеанса, в котором эмпирический гештальт остается незавершенным, это продолжить раскрывающую работу, с психоделиками или без них. Важно подчеркнуть, что эффект ЛСД в значительной степени самопроизволен; подавляющее большинство трудных психоделических переживаний достигают разрешения спонтанно. Фактически, самые драматичные и бурные переживания, как правило, имеют самый лучший результат. Использование транквилизаторов в середине психоделического сеанса это грубая ошибка, которая может быть вредоносной. Это препятствует естественному разрешению трудного эмоционального или психосоматического гештальта и «замораживает» переживание на негативной стадии. Единственный конструктивный подход состоит в обеспечении базовой безопасности субъекта и в поддержке и способствовании процессу; меньшее, что можно сделать, это не вмешиваться в него.

После этого краткого вступления мы можем вернуться к проблеме осложнений во время бесконтрольного психоделического экспериментирования. Хотя базовые принципы, открытые во время клинических исследований ЛСД, прямо применимы к кризисному вмешательству, важно подчеркнуть и базовые отличия между этими двумя ситуациями. ЛСД, принимавшийся в клинических и лабораторных исследованиях, фармацевтически чист, и его качество можно точно оценить; большинство образцов черного рынка не отвечают этим критериям. Лишь небольшая фракция экземпляров «уличной кислоты» является относительно чистым ЛСД; изделия черного рынка часто содержат всякие загрязнения и примеси других препаратов. В некоторых уличных образцах, которые анализировались в лабораториях, исследователи нашли амфетамины, ДОМ, РСР, стрихнин, бенактизин и даже следы мочи. Были случаи, когда образцы, заявленные как ЛСД, содержали комбинацию данных веществ, а ЛСД в них вообще не было. Плохое качество многих уличных экземпляров определенно ответственно за некоторые побочные эффекты, происходящие в контексте бесконтрольного самоэкспериментирования. К тому же, неопределенность в отношении качества и дозировки и порождаемые ей страхи могут оказывать негативное влияние на способность субъекта выдерживать неприятные переживания, которые тогда охотно интерпретируются, как признаки токсичности или передозировки, а не как проявления бессознательного субъекта.

Однако качество препарата и неуверенность в его отношении выглядят ответственными за относительно небольшую долю неблагоприятных реакций на ЛСД. Нет сомнения в том, что экстрафармакологические элементы вроде личности субъекта и установки с обстановкой являются гораздо более важными факторами.

Чтобы понять частоту и серьезность психоделических кризисов, происходящих в контексте бесконтрольного самоэкспериментирования, важно принять во внимание обстоятельства, в которых многие люди склонны принимать ЛСД. Некоторым из них дают препарат без предварительной информации о нем, без адекватной подготовки и иногда даже без предупреждения. Общее понимание эффектов ЛСД бедно, даже среди опытных пользователей. Многие из них принимают ЛСД для развлечения и не имеют в своих концептуальных рамках понятия о болезненных, пугающих и дезорганизирующих переживаниях. Бесконтрольное экспериментирование часто имеет место в сложных и беспорядочных физических и межличностных обстановках, которые могут внести много важных травматических элементов. Лихорадочная атмосфера больших городов, заполненных автострад в час пик, столпотворений рок концертов или дискотек и шумные общественные собрания определенно не являются обстановками, ведущими к продуктивному самоисследованию и безопасной встрече с трудными аспектами собственного бессознательного.

Личная поддержка и доверительные отношения абсолютно необходимы для безопасного и успешного ЛСД сеанса, а это редко доступно в таких обстоятельствах. Нередко человек под воздействием ЛСД окружен совершенно незнакомыми людьми. В других случаях хорошие друзья могут присутствовать, но они сами находятся под воздействием препарата или не могут

выдержать интенсивные и драматичные эмоциональные переживания и справиться с ними. Когда группа людей принимает ЛСД вместе, болезненные переживания одного человека могут создать негативную атмосферу, которая испортит сеансы других. Бывали даже эпизоды, в которых принявшие ЛСД люди по разным причинам подвергались намеренному плохому психологическому обращению. Легко догадаться, что такие токсичные обстоятельства часто приводят к неблагоприятным реакциям.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И СПОСОБЫ САМОПОМОЩИ.

Нынешнее вмешательство, предлагаемое профессионалами для психоделических кризисов, основано на медицинской модели и обычно создает больше проблем, чем решает. Шаги, обычно предпринимаемые в этих обстоятельствах, отражают серьезную нехватку понимания природы психоделического переживания и ведут к длительным осложнениям. Это ещё осложняется значительной нехваткой времени профессионалов и отсутствие адекватных учреждений для работы с пострадавшими в случаях с психоделиками. Транквилизаторы, обычно назначаемые в этих обстоятельствах, препятствуют эффективному разрешению стоящего за этим конфликта и поэтому способствуют возникновению хронических эмоциональных и психосоматических трудностей после сеанса. Немедленное перемещение индивида в психиатрическое учреждение посреди ЛСД переживания не только не необходимо, но является опасной и вредоносной практикой. Оно игнорирует тот факт, что ЛСД состояние самопроизвольно; в большинстве случаев, если правильно обращаться с драматичным негативным переживанием, это приведет к благоприятному разрешению, и субъекту не потребуются дальнейшее лечение. «Срочное помещение» в психиатрическое учреждение, особенно если оно включает машину скорой помощи, создает атмосферу опасности и экстренности, которая наносит большую дополнительную травму личности, чувствительность которой к тому времени предельно обострена психоделическим состоянием и болезненным эмоциональным кризисом. То же верно и для процедуры принятия в психиатрическое учреждение и атмосферы запертой палаты, являющейся конечной остановкой многих психоделических происшествий.

Подвержение обычным психиатрическим аппаратам под влиянием СЛД может вызвать устойчивую травму. Тот факт, что психиатрическая диагностика и госпитализация часто может являться серьезным социальным позором, является ещё одним важным фактором, который следует принять во внимание перед осуществлением ненужного перемещения и приема. К тому же, если ЛСД процесс не достигает удовлетворительного разрешения, современное психиатрическое обслуживание назначает длительный прием транквилизаторов вместо раскрывающей терапии, которая в этих обстоятельствах является предпочтительным лечением.

Базовые идеи данного обсуждения можно проиллюстрировать следующим примером:

Когда я работал в Институте Психиатрических Исследований в Праге, Чехословакия, меня попросили в качестве консультанта осмотреть двух работников фармацевтических лабораторий, которые участвовали в производстве ЛСД. Они оба страдали от задержанных неблагоприятных эффектов случайной интоксикации ЛСД во время его синтеза. Один из них, мужчина сорока лет, возглавлявший департамент, показывал симптомы глубокой депрессии с периодическими приступами тревоги, чувства бессмысленности существования и сомнений насчет своего психического здоровья. Он отметил начало этих симптомов во время своей интоксикации ЛСД и последующей торопливой госпитализации в психиатрическое учреждение. Его помощник, женщина двадцати лет, испытывавшая случайную интоксикацию ЛСД несколькими месяцами после него, жаловалась на странные ощущения в коже головы. Она была уверена, что быстро теряет волосы, хотя для этого не было объективных признаков.

Во время диагностических бесед с ними я попытался воссоздать обстоятельства их ЛСД переживаний и динамику проблем, которые они выражали. История, которую я услышал, хотя она невероятна для ЛСД терапевтов или людей, знакомых с природой психоделических состояний, к несчастью, стала типичным примером кризисного вмешательства, основанного

на конвенциональной медицинской и психиатрической модели. Фармацевтические лаборатории, участвовавшие в производстве ЛСД, находились примерно в 200 милях от Праги, где происходило большинство клинических и лабораторных исследований с психоделиками. Когда руководство получило приказ начать синтез чехословацкого ЛСД, подразумевалось, что ввиду природы вещества сотрудников следовало проинформировать о его эффектах и сообщить о необходимых мерах в случае случайной интоксикации. Директор пригласил из ближайшей государственной психиатрической лечебницы психиатра, не имевшего личного или профессионального опыта с ЛСД и подготовившегося, прочитав несколько работ о подходе «моделированного психоза» к шизофрении. Во время семинара с работниками поверхностно проинформированный психиатр сумел обрисовать апокалиптическую картину ЛСД. Он сообщил им, что эта бесцветная, безвкусная и непахнущая субстанция могла коварно проникнуть в их систему, как это случилось с доктором Альбертом Хофманном, и вызвать состояние шизофрении. Он посоветовал иметь в аптечках первой помощи Торазин и в случае непредвиденной интоксикации ввести жертве транквилизатор и безотлагательно доставить в психиатрическую больницу.

В результате этих инструкций оба лабораторных работника получили Торазин вскоре после того, как начали ощущать эффекты препарата, и на машине скорой помощи их поспешно перевезли в закрытую палату государственной психиатрической лечебницы. Там в компании психотических пациентов они провели остаток периода интоксикации и несколько последующих дней. Под влиянием комбинации ЛСД-Торазин глава департамента наблюдал несколько конвульсивных приступов и имел долгий разговор с пациентом, который показывал ему свои раны после попытки суицида. Тот факт, что он был помещен экспертами по психическому здоровью в компанию пациентов с серьезными нарушениями, значительно усугубил его страх, что он и сам может развить похожее состояние. Анализ его ЛСД состояния, которое было частично подавлено введением Торазина, показал, что он испытывал элементы БПМ II, и заточение в закрытой палате и его приключения там являлись мощным подкреплением его отчаянного состояния.

Переживание его ассистентки было более поверхностным; её реакция на атмосферу закрытого отделения была в том, чтобы собраться и сохранять контроль любой ценой. Ретроспективный анализ её переживания показал, что она приближалась к травматическому детскому воспоминанию, но из-за внешних обстоятельств она подавила его и не позволила ему проявиться. Её чувства потери волос оказались симптомом, связанным с глубокой психологической регрессией; младенческий образ тела, соответствовавший возрасту, в котором она испытала травматическое событие, включал безволосость, как естественное состояние.

Во время своего визита в Институт Психиатрических Исследований в Праге эти два фармацевтических работника смогли не только поработать над своими симптомами, но также изменить их образ ЛСД и связанные с ним негативные чувства. Мы объяснили им природу ЛСД состояния и обсудили с ними терапевтическую программу и принципы проведения сеансов. Перед отбытием у них была возможность обсудить эффекты ЛСД с пациентами, проходящими психолитическое лечение, сеансы которых прошли в совершенно других обстоятельствах. Я заверил их, что не было причин для паники, если кто-то отравился ЛСД; в сущности, мы постоянно создавали подобные ситуации в нашей программе. Им посоветовали иметь специальную тихую комнату, где индивид, получивший интоксикацию, мог провести остаток дня, слушая музыку в компании хорошего друга.

Несколько месяцев спустя мне позвонил начальник департамента. Он сказал, что у них случилось ещё одно «происшествие»: девятнадцатилетняя лаборантка испытала профессиональную интоксикацию. Она провела день в комфортной комнате, примыкающей к её лаборатории, в компании своего друга и «повеселилась на славу». Она нашла свой опыт очень приятным, интересным и полезным.

Техники, разработанные движением самопомощи, хотя и не так вредны, как подход медицинской и психиатрической модели, также контрпродуктивны. Попытки увлечь субъекта

поверхностными разговорами («заговорить»), отвлечь их цветами и красивыми картинками или вытащить на прогулку не решают проблему. Это в лучшем случае может быть попыткой выиграть время— занимать индивида отвлекающими маневрами, пока кризис не утихнет или не уменьшится с исчезновением фармакологического эффекта препарата. Эти подходы основаны на ошибочном допущении, что проблему создал препарат. Когда мы поймем, что имеем дело с динамикой бессознательного, а не с фармакологическим состоянием, близорукость этого подхода станет очевидной. Опасность использования техник, поддерживающих избегание, кроется в невозможности встретить и разрешить бессознательный материал, лежащий в основе эмоционального и психосоматического кризиса. ЛСД сеансы, в которых проявившийся гештальт не завершился, ведут к продлению эффектов, негативным эмоциональным и физическим послеэффектам и «флэшбэкам».

КОМПЕТЕНТНОЕ КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СЛУЧАЕ ПСИХОДЕЛИЧЕСКИХ ПРОИСШЕСТВИЙ

Обсудив факторы, которые способствуют развитию кризисов в бесконтрольных ЛСД сеансах, и описав вредоносные практики, характеризующие большинство профессиональных и дилетантских вмешательств, я бы хотел выделить подход, который считаю оптимальным для психоделических кризисов, основанный на понимании их динамики. То, что составляет критическую ситуацию в ЛСД сеансе, очень относительно и зависит от многих факторов. Тут отражается взаимодействие между собственными чувствами субъекта насчет переживания, мнениями и терпимостью присутствующих людей и суждениями вызванного на помощь профессионала. Последнее является фактором критической важности; это зависит от уровня понимания терапевтом вовлеченных процессов, его или её клинического опыта с измененными состояниями сознания и его или её свободы от тревожности. В психоделическом кризисном вмешательстве, как и в психиатрической практике в целом, решительные маневры часто отражают собственные чувства угрозы и уязвимости помощника, не только в отношении возможной внешней опасности визави, но также и в связи с его или её собственным бессознательным. Опыт из ЛСД терапии и новых эмпирических психотерапий ясно показывает, что встреча с глубоким эмоциональным материалом другого человека, как правило, ломает психологические защиты и активирует соответствующие области бессознательного у людей, участвующих в процессе и наблюдающих его, если только они не прошли и не проработали эти уровни в себе самих. Так как традиционные психотерапии ограничены работой над биографическим материалом, даже профессионал с полным аналитическим образованием неадекватно подготовлен для работы с мощными переживаниями перинатальной и трансперсональной природы. Главенствующая тенденция помещать все подобные переживания в категорию шизофрении и подавлять их любым способом отражает не только непонимание, но также и удобную самозащиту против собственного бессознательного материала помощника.

По мере увеличения искушенности и клинического опыта ЛСД терапевтов становилось всё более очевидно, что негативные эпизоды в психоделических сеансах следует считать не непредсказуемыми случайностями, а неотъемлемыми и закономерными аспектами терапевтической работы с травматическим бессознательным материалом. С этой точки зрения разговорный термин «измена» или «бэд трип» неверен. Для опытного ЛСД терапевта неудачный психоделический сеанс это не тот, в котором субъект испытывает паническую тревогу, саморазрушительные тенденции, чудовищную вину, потерю контроля или трудные физические ощущения. Если правильно с ними работать, болезненный и трудный ЛСД сеанс может принести важный терапевтический прорыв. Он может способствовать разрешению проблем, которые потихоньку досаждали субъекту многие годы и омрачали его или её повседневную жизнь. Неуспешный сеанс это тот, в котором трудные чувства начинают проявляться, субъект не отдается полностью процессу, и гештальт остается неразрешенным. С этой точки зрения все психоделические переживания, в которых процесс срывается введением транквилизаторов и внешними отвлечениями вроде передачи в психиатрическую больницу,

являются неудачными не из-за природы запущенного психологического процесса, а из-за кризисного вмешательства, помешавшего позитивному разрешению.

Хотя ЛСД может вызвать трудные переживания даже в наилучших обстоятельствах, было бы ошибкой приписывать все «бэд трипы» самому препарату. Психоделическое состояние определяется рядом не лекарственных факторов; вероятность серьезных осложнений критически зависит от личности субъекта и элементов установки и обстановки. Это лучше всего можно проиллюстрировать сравнением частоты осложнений во время раннего неконтрольного экспериментирования с ЛСД с психоделической сценой шестидесятых. В 1960 Сидни Кохен опубликовала работу, озаглавленную «ЛСД: побочные эффекты и осложнения. *J. Nerv. Ment. Dis.* 130:30, 1960». Она была основана на сообщениях 44 профессионалов, которые дали ЛСД и мескалин почти тысяче людей более 25000 раз; число сеансов на человека колебалось между 1 и 90. В группе нормальных добровольцев частота попыток суицида после сеанса была менее одной на тысячу случаев, а частота продления эффектов более 48 часов была 0,8 на тысячу. Цифры были несколько выше, когда в качестве субъектов выступали психиатрические пациенты; на каждую тысячу пациентов было 1,2 попытки суицида, 0,4 совершенных суицида и 1,8 продлений эффектов, длившихся более 48 часов. Так что в сравнении с другими методами психиатрической терапии ЛСД казался необычайно безопасным, особенно по контрасту с другими процедурами, обычно использовавшимися тогда в психиатрическом лечении (электрошок, инсулиновая кома и психирургия). Эта статистика резко контрастирует с частотой неблагоприятных реакций и осложнений, связанных с неконтрольным экспериментированием. Во время моего визита в клинику Хэйт-Эшбери в Сан Франциско в поздних шестидесятых её директор Дэвид Смит сказал мне, что они имели дело с примерно пятнадцатью «бэд трипами» в день. Хотя это необязательно значит, что у всех этих клиентов после психоделических переживаний были долговременные неблагоприятные эффекты, это иллюстрирует рассматриваемый вопрос.

Опыт и искушенность психиатров и психологов в отношении психоделиков в ранние годы были определенно небольшими, а обстановки были далеки от идеальных. Однако сеансы, опубликованные в работе доктора Кохен, проводились ответственными индивидами в защищенных обстановках, под надлежащим надзором. К тому же, те, у кого были трудные переживания, находились в месте, которое было оборудовано для оказания помощи в случае необходимости, и им не приходилось подвергаться абсурдному испытанию помещения в психиатрическое учреждение.

Психоделический кризис вызывается сложным сплетением внутренних и внешних факторов. Терапевт должен отличить, что из этих двух воздействий важнее, и работать соответственно. Первым и самым главным шагом в работе с психоделическим кризисом является создание для субъекта простой, безопасной и поддерживающей физической обстановки. В случаях, когда внешние факторы, видимо, сыграли ключевую роль, важно вывести субъекта из травматической ситуации или исправить её активным вмешательством. Если кризис случился в публичном месте, его или её следует доставить в тихое, уединенное место. Если инцидент произошел во время вечеринки или на частной территории, важно упростить ситуацию, переместившись в отдельную комнату или попросив гостей уйти. Можно попросить о помощи в процессе нескольких близких друзей, которые выглядят чувствительными и зрелыми. Они могут дать групповую поддержку или помочь субъекту во время завершающего периода сеанса активно проработать лежащую в основе кризиса проблему. Техники групповой работы в психоделических сеансах обсуждались ранее в этой книге.

После создания безопасного окружения следующая важная задача это установить хороший контакт с субъектом. Отношения доверия, возможно, являются самым важным требованием для позитивного результата психоделического сеанса вообще и для успешного преодоления кризиса в частности. Человек, которого попросили вмешаться в вызванный ЛСД кризис, находится в худшем положении, чем ЛСД терапевт, встречающий такую же ситуацию в течение психоделического лечения, потому что терапевтический сеанс предваряется

безлекарственным подготовительным периодом, во время которого хватает времени на установление хорошего контакта и отношений доверия. Если трудная ситуация возникает в ходе ЛСД серии, клиент также может опираться на воспоминания предыдущих сеансов, в которых болезненные переживания были успешно проработаны и интегрированы с помощью терапевта.

В отличие от такой ситуации, профессионал, работающий с кризисом вне терапевтического контекста, вступает в чрезвычайную ситуацию в качестве чужака, обычно без предварительного контакта с субъектом и другими причастными людьми. Доверие и сотрудничество следует установить в кратчайшие сроки и часто в драматичных обстоятельствах. Свобода от тревоги, способность оставаться сосредоточенным, глубокая эмпатия, хорошее знание динамики психоделических состояний— единственные средства для достижения доверия в этих обстоятельствах.

Важно создать чувство безопасности и защищенности, подчеркивая самопроизвольную природу ЛСД переживания. Вне зависимости от того, каким критическим может казаться состояние, в большинстве случаев оно разрешится спонтанно пятью-восемью часами после приема препарата. Этот временной лимит нужно ясно сообщить субъекту и другим присутствующим людям; до этого момента нет абсолютно никаких причин для паники или беспокойства, какими бы драматичными ни были эмоциональные и психосоматические проявления. Также очень хорошо держать субъекта в лежащем положении, но этого следует достигнуть без применения физической силы и открытого принуждения. С небольшим опытом можно развить технику, позволяющую эффективно управлять индивидом, используя контекст поддержки и сотрудничества вместо конфликта.

Когда установлен адекватный контакт, для трудного ЛСД переживания нужно предложить позитивный контекст. Важно представить это возможностью встретить и проработать определенные аспекты своего бессознательного, а не неудачную и трагическую случайность. Человек, помогающий в психоделическом кризисе, должен постоянно пытаться интернализировать переживание ЛСД субъекта и побуждать его или её держать глаза закрытыми и встречать переживание, каким бы оно ни было. Терапевт должен непрерывно говорить субъекту, что быстрее путь из этого трудного состояния лежит через сдачу эмоциональной и физической боли, полное её проживание и нахождение подходящих каналов для её выражения. Этому процессу сдачи можно значительно помочь музыкой. Если доступен высококачественный стереопроектор, и субъект открыт этому, нужно как можно скорее внести в ситуацию музыку.

Когда установлен хороший раппорт, можно предложить активную помощь в форме успокаивающего физического контакта, элементов игровой борьбы и надавливания или массажа частей тела, где энергия кажется заблокированной. Этого не следует делать, если доверительная связь ненадежна или отсутствует; это абсолютно противопоказано, если субъект в параноидном состоянии и включает присутствующих людей в список преследователей. В некоторых случаях единственным решением может быть лишь присутствие рядом с клиентом или попытки выиграть время. В таких обстоятельствах важно использовать любые возможные средства и существующие ресурсы, чтобы не дать ЛСД субъекту навредить себе или другим и причинить серьезный материальный ущерб. Следуя этому базовому правилу, следует периодически пытаться установить раппорт и добиться содействия субъекта.

Если гештальт переживания остается незавершенным, когда эффект препарата спадает, нужно использовать психологическую и физическую активность, чтобы способствовать интеграции. В идеале, субъект должен завершить сеанс с чувством комфорта и расслабленности, без остаточных эмоциональных или психосоматических симптомов. Две полезные техники здесь (абреактивный подход и очищающая гипервентиляция) обсуждались ранее в книге. Когда субъект достигает психологически и физически комфортного состояния, важно создать безопасную и поддерживающую атмосферу до конца дня и на ночь. В идеале, человека, прошедшего через психоделический кризис, нельзя оставлять одного в течение, по

меньшей мере, 24 часов после приема препарата. По истечении этого времени терапевт должен снова увидеть клиента, оценить ситуацию и, в зависимости от его или её состояния, выбрать будущую стратегию. В большинстве случаев никаких последующих предприятий не требуется, если с кризисом правильно работали. Полезно детально обсудить ЛСД переживание и способствовать его интеграции в повседневную жизнь клиента. Если в результате ЛСД переживания появились существенные эмоциональные и психосоматические жалобы, нужно назначить последующую раскрывающую терапию и работу с телом. Клиенту нужно предложить индивидуальный выбор медитативных техник, Гештальт практику, нео-райхианские подходы, кататимные образы с музыкой, контролируемое дыхание, полярный массаж или рольфинг.

Если вопреки всей раскрывающей работе клиническое состояние остается ненадежным, может потребоваться продолжить это лечение на стационарной основе. Если все приведенные подходы оказываются неэффективными, интеграции можно способствовать химическими средствами. В идеале, после адекватной подготовки нужно назначить контролируемый психоделический сеанс. Этот подход может казаться парадоксальным среднему профессионалу по психическому здоровью, так как подразумевает прием того же препарата или категории препаратов, которые, очевидно, и создали проблему клиента. Но разумное использование психоделиков в этих обстоятельствах является предпочтительным лечением. Клинические опыты показали, что когда бессознательное было открыто мощным психоделическим веществом, чрезвычайно трудно восстановить защиты при помощи закрывающих техник вроде транквилизаторов. Гораздо легче продолжить раскрывающую стратегию и добиться завершения незавершенного гештальта.

Псилоцибин, метилendioксиамфетамин (МДА), тетрагидроканнабинол (ТГК) и дипропилтриптамин (ДПТ) являются подходящими альтернативами ЛСД. Они обладают теми же общими эффектами и менее очернены плохими слухами. МДА и ТГК кажутся особенно полезными в этом контексте из-за их мягкого эффекта и селективного привлечения позитивных управляющих систем бессознательного. Эффективная психологическая работа с этими веществами включает меньшую эмоциональную и психосоматическую боль, чем при использовании ЛСД.

Так как данные психоделики не легкодоступны, и получение разрешения на их использование подразумевает нудные административные процедуры, более осуществимым подходом может быть сеанс с Риталином (100-200 мг) или Кеталаром (100-150 мг). Транквилизаторы не следует применять в любых обстоятельствах, связанных с использованием психоделических препаратов, пока не будут безуспешно перепробованы все вышеперечисленные раскрывающие подходы.

Мощные немедикаментозные подходы также можно использовать вместо транквилизаторов во всех случаях, когда плохо разрешенное ЛСД переживание приводит к устойчивому психотическому состоянию, и психиатрическая госпитализация длится месяцы или годы. Если они не дают достаточного клинического улучшения, психоделическая терапия с использованием перечисленных веществ, будет следующим логическим шагом. Кеталар, легально доступный препарат, использовавшийся в медицинском контексте для общей анестезии, может оказаться многообещающим в этих иначе безнадежных случаях.

Я бы хотел завершить обсуждение психоделического кризисного вмешательства описанием самой драматичной ситуации такого рода, которую я встречал за свою профессиональную карьеру.

Во время третьего года моего пребывания в Биг Сур, Калифорния, однажды, в 4:30 утра, меня разбудил телефонный звонок. Это был ночной охранник из института Эсален, просивший помощи. Молодая пара, Питер и Лора, путешествовавшие вдоль побережья, припарковали свой автофургон на прибрежной трассе 1 около института Эсален и решили вместе принять ЛСД. Они постелили кровать в своей машине и вскоре после полуночи оба приняли препарат. Переживание Лоры было относительно мягким, но Питер прогрессивно развивал острое психотическое состояние. Он стал параноидным и жестоким и после периода

вербальной агрессии стал кидаться вещами и крушить машину. В этот момент Лора запаниковала, заперла его в машине и попросила помощи в Эсалене. Она оказалась в сторожевой будке совершенно голой, держа в руках ключи от машины. Ночной охранник знал о моем опыте работы с психоделиками и решил позвонить мне; он также разбудил Рика Тарнаса, местного психолога, написавшего диссертацию о психоделических препаратах.

Пока охранник заботился о Лоре, которая успокоилась и испытывала приятные, неосложненные ЛСД переживания, Рик и я пошли к автофургону. Приближаясь к машине, мы слышали громкий шум и крики; когда мы подошли ближе, то увидели, что несколько окон были разбиты. Мы открыли дверь и начали говорить с Питером. Мы представились и сказали, что у нас был большой опыт с психоделическими состояниями, и мы пришли ему помочь. Я осторожно заглянул в фургон; бутылка в полгаллона пролетела примерно в четырех дюймах от меня и упала на мостовую. Я повторил это несколько раз, и в меня полетело ещё два объекта. Когда нам показалось, что Питеру больше нечем было кидаться, мы быстро вошли в фургон и легли на кровать по обе стороны от него.

Мы продолжили говорить с Питером, уверяя его, что всё будет нормально через час или два; зная, что он и его подруга приняли ЛСД после полуночи, мы могли дать ему такой определенный лимит. Стало очевидно, что он был в параноидном состоянии и видел нас враждебными агентами ФБР, пришедшими его повязать. Мы успокаивающим и поддерживающим образом держали его за руки, твердо удерживая каждый раз, как он делал попытки вырваться, но избегая реального физического антагонизма и борьбы. Всё время мы говорили, что сами имели трудные переживания и ретроспективно нашли их полезными. Его состояние примерно в течение часа колебалось от недоверия с тревожными агрессивными импульсами до эпизодов облегчения, когда с ним возможно было общаться.

По прошествии времени, когда ЛСД состояние стало менее интенсивным, Питер медленно обрел доверие. Он всё больше соглашался держать глаза закрытыми и встречать переживание, и мы смогли осторожно работать над заблокированными частями его тела, поощряя полное эмоциональное выражение. К семи часам все негативные элементы полностью исчезли из ЛСД переживаний Питера. Он ощущал себя очищенным и перерожденным и глубоко наслаждался новым днем. Его прежняя враждебность сменилась глубокой благодарностью, и он постоянно повторял, как он рад нашему вмешательству.

Примерно в семь с половиной у фургона появилась Лора и присоединилась к нам; она сама была в очень хорошем состоянии, но естественно беспокоилась о Питере. Рик и я помогли развеять негативный осадок ночных драматичных событий и помогли их воссоединению. Мы убедительно посоветовали им не водить в этот день. Они провели день, отдыхая у Тихого Океана, а на следующий день продолжили путешествие на юг. Они оба были в хорошем расположении духа, хотя немного беспокоились о стоимости ремонта их поврежденного фургона.