

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»**

Утверждено на заседании кафедры  
неврологии и нейрохирургии  
с курсами медицинской  
реабилитации и психиатрии  
протокол №\_ «\_\_\_» \_\_\_.2005 г.  
Зав. кафедрой: д.м.н., профессор  
Латышева В.Я. \_\_\_\_\_

**ТЕМА: ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ**

*Учебное пособие для студентов V курса  
лечебного факультета*

Авторы: Абрамов Б.Э.  
Ковальчук П.Н.

Гомель, 2005

Психическая деятельность человека – одна из сложнейших областей не только медицины. Существующие многообразные психотерапевтические способы воздействия на личность, психику и организм человека в целом отражают сложность и многообразие его функционирования. Психотерапия является не только лечебным фактором, но и способствует познанию человеческой психики, и это привлекает, помимо врачей, людей самых различных интересов и профессий.

Знание психотерапии необходимо сейчас не только врачам, традиционно занимающимся психотерапией (психиатры, неврологи), но и врачам-интернистам, организаторам здравоохранения, психологам, в первую очередь медицинским и социальным, студентам медицинских и других ВУЗов.

Психотерапия становится всевозрастающей потребностью. Способствуют этому дальнейшее изучение сложных взаимодействий психического и соматического, новые достижения в области психосоматической медицины и тот факт, что большинство современных заболеваний человека имеют мультифакториальную этиологию и сложный патогенез. Обязательными, а часто и ведущими факторами в их возникновении и развитии являются психотравмы и личностные особенности. Эффективное лечение таких заболеваний невозможно без психотерапии.

Очевидны патоморфоз соматических и психических заболеваний, увеличение невротической симптоматики при соматических болезнях, и соматизация психической патологии. Врачи-интернисты испытывают всевозрастающую потребность в знании психотерапии и умении пользоваться отдельными ее приемами и методиками.

XXI век уже называют веком неврозов. В наше бурное время нервно-психическая, психоэмоциональная сферы человека подвергаются колоссальным перегрузкам. Не все могут с ними адекватно справиться, преодолеть. Мы вступили в эпоху, когда психология и психотерапия становятся осознаваемой и необходимой частью жизни. Психотерапевты располагают профессиональной способностью адаптироваться в изменяющемся, кризисном и даже патологическом мире. И их важнейшая задача и искреннее стремление – помочь адаптироваться многим другим людям.

Значение психотерапии возрастает и как важной составной части медицинской реабилитации, которая, благодаря своей исключительной социально-экономической значимости, является одной из актуальных проблем нашего здравоохранения.

Вместе с тем, среди врачей, студентов-медиков, не говоря о пациентах, существуют недопонимание, незнание и часто искаженные представления о сущности психотерапии, ее подходах, методах, взглядах на личность, болезнь, общество и т.п.

Э.Л. Росси выделяет пять этапов в развитии психотерапии. Первый – спиритический или шаманский, был единственным более двухсот лет назад,

уходя в глубины тысячелетий. Его дополнил ранний гипноз, наиболее яркий представитель которого, венский врач Антон Месмер, признается большинством специалистов родоначальником современной психотерапии. Два следующих этапа связаны с анализом Зигмунда Фрейда и синтезом Карла Юнга. Пятый этап соотносится с современной немедикаментозной психотерапией и вкладом Милтона Эриксона.

Современный этап развития мировой психотерапии, возможно, связан с синтетическими, эклектическими обобщениями различных методов психотерапии (Макаров В.В., 2001).

Три основных, три краеугольных камня современной психотерапии:

- философия, психология;
- медицина
- народные практики.

Философия и ее крупнейший раздел – теология обеспечили развитие многих самостоятельных направлений и школ современной психотерапии и вошли составной частью в большинство известных концепций психотерапии в качестве объяснения мира и теории метода. Философская основа дает возможность трактовки факторов и явлений в психотерапии, позволяет понять причинно-следственные отношения, создать теорию. Кроме того – обеспечивает веру, переживания чуда, которые важны и даже необходимы при событиях и явлениях, которые не удается объяснить рационально. В прошлом психология входила в философию как ее часть.

Медицина – естественнонаучная основа. Она дает психотерапевтические техники, возможности понимания психотерапии и изучения ее как естественнонаучной дисциплины и специальности.

Корень греческого слова «терапия» означает «служение» или «священнодействие у алтаря». И психотерапевты служат у алтаря светского гуманизма.

Психотерапия (по Хуллману Дж.) – это процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижения поставленной цели – гармонии с собой и миром в настоящем.

Психотерапия – система психического (психологического) воздействия (словом, мимикой, молчанием, при помощи техник, изменяющих психические процессы и соматическое состояние, воздействия группы, специально организованной среды) на психику, а через нее и на весь организм человека или группу с целью лечения или профилактики заболеваний и состояний дезадаптации, развития или достижения других сформулированных целей.

Психотерапия не определяется как наука. Она представляет собой единство многих составляющих. Из них основных три: наука, искусство и ремесло. Науку психотерапии можно познать, читая специальную литературу, слушая лекции специалистов. Искусство осваивается, когда работаешь рядом с учителем и наставник рассказывает свои профессиональные секреты. Ре-

месло усваивается и его навыки сохраняются только при постоянном повторении.

Пять главных факторов психотерапии:

1. Психотерапия является частью современной культуры.
2. Психотерапия занимается человеком и группой, в том числе самой важной группой нашей жизни – семьей. Психотерапия рассматривает человека и семью как главную ценность мироздания и всеобщий эталон
3. Психотерапевтические знания метафоричны, т.е. психотерапия содержит важное измерение – духовность.
4. Психотерапия объясняет болезни, недостаточное или искаженное развитие, неполную самореализацию, отсутствие гармонии с собой и (или) миром в психологических, духовных понятиях.
5. Психотерапия осуществляет лечение и предупреждение расстройств здоровья, недоразвития или неполной самореализации, достижения гармонии с собой и миром при помощи психологических, духовных воздействий.

Психотерапия (от греч. *psyche* – душа и *therapeia* – лечение). В настоящее время не является однозначно понимаемой областью научных знаний и практических подходов, а представляет собой их сочетание и взаимодействие, отличаясь различными психологическими, медицинскими, антропологическими, социоэкономическими, экологическими и философскими установками и чрезвычайно широким спектром применения. Бастин (Bastine R., 1982) определяет психотерапию как особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психического характера. Ледер (Leder S., 1993) указывает на возможные представления о психотерапии:

- 1) как о методе лечения, влияющего на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности;
- 2) как о методе оказания влияния или воздействия, приводящем в движение процесс научения;
- 3) как о методе инструментальной манипуляции, служащей целям социального контроля;
- 4) как о комплексе явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей.

Первое определение основывается на медицинской модели, второе связано с психологическими концепциями, третье – с социальными, четвертое – с философией.

Согласно Декларации по психотерапии, принятой Европейской ассоциацией психотерапии в Страсбурге 21 октября 1990 г.:

1) психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;

2) психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовки;

3) гарантированным является многообразие психотерапевтических методов;

4) образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально: оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора, одновременно приобретаются широкие представления о других методах;

5) доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности в области гуманитарных и общественных наук.

Психотерапия отличается от других методов лечения по крайней мере тремя особенностями:

1) при ее проведении применяются психологические средства изменения личности, связанные с использованием основ психологии (в отличие от используемых в медицине, фармакологии, педагогике, социологии, юриспруденции);

2) применяются эти средства и методы профессионально, т.е. подготовленными специалистами и персоналом, действующим осознанно и целенаправленно, умеющим научно обосновывать свои действия, воспроизводить их в ходе психотерапии с различными пациентами и оценивать их;

3) с помощью психотерапии лечат лиц, страдающих расстройствами психики (Bastine R., 1978; Linsenhoff A., Bastine R., Kommer D., 1980).

В русскоязычной литературе психотерапию представляют как систему лечебного воздействия на психику и через нее на организм больного. Будучи методом лечения, психотерапия традиционно входит в компетенцию медицины (Карвасарский Б.Д., 1985). Она имеет интегративный характер, включает в свой научный и практический аппарат и в методологию современные достижения в первую очередь психологии и медицины, а также философии, социологии. Психотерапевтическое лечение специфично, основано на психических (психологических) методах воздействия на клинические феномены и отчасти на страдание и поэтому становится точкой пересечения медицины, психологии, социологии, педагогики и др. Происходит экспансия психотерапии во внеклиническую среду (реадаптация и реабилитация после пребывания в лечебном учреждении, кабинеты социально-психологической помощи, семейных отношений, телефоны доверия и др.). Психотерапия находит возрастающее признание в общей медицине. Как это нередко наблюдалось в истории науки, фактически в условиях превращения ее в самостоятельную дисциплину, практика опережает теоретическое знание.

Можно говорить о существовании психотерапии в трех основных сферах общественного сознания:

- 1) академической, которая предполагает разработку научно-обоснованных подходов на базе научного мировоззрения;
- 2) альтернативной, которая основывается на различных исторически обусловленных эзотерических учениях и религиозных системах;
- 3) интуитивной, которая является результатом влияния первых двух на обыденное сознание большинства общества и выражается в явлениях психологической культуры, в отношении к существующей практике оказания психотерапевтической помощи, в общественном мнении, а также в практике бытовой психотерапии и помощи в решениях психологических (психических) затруднений.

Очевиден интердисциплинарный характер психотерапии. Она является лечебной медицинской дисциплиной, учет и разработка ее клинических основ приобретает сегодня по-прежнему первостепенное значение, что не исключает использование психотерапевтических методов (соответствующим образом модифицированных) для решения психогигиенических, психопрофилактических, психокоррекционных и иных задач.

В настоящее время насчитывается более 500 самостоятельных методов психотерапии. Большое значение на современном этапе ее развития имеет поиск, исследование общих факторов психотерапевтического воздействия, что позволит приблизиться к объективному определению эффективности психотерапевтических методов.

К основным из общих факторов психотерапии Мармор (Marmor J., 1978) относит:

- 1) хорошее отношение и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом – исходная предпосылка, на которой строится психотерапия;
- 2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;
- 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;
- 4) оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с врачом;
- 5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта;
- 6) убеждение и внушение, явное или скрытое;
- 7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

При современном уровне развития медицины, широком использовании психотерапии в соматических клиниках определяющим становится принцип

интеграции собственно психотерапевтических, психологических, социотерапевтических и биологических воздействий в системе лечения больного.

С учетом основных факторов психотерапии вне конкретных ее направлений и форм можно выделить формирующиеся модели интегративной психотерапии: гуманистическую, инструментально-интеракционную и инструментально-техническую (Ташлыков В.А., 1992). В гуманистической модели решающим фактором ее действенности может быть признана эмпатическая коммуникация «психотерапевт-пациент». В инструментально-интеракционной модели предпочтение также отдается не техническим приемам, а использованием взаимоотношений «психотерапевт-пациент», как лечебного инструмента, однако психотерапевт занимает более активную позицию и берет на себя определенную долю ответственности и инициативы. Инструментально-техническая модель характеризуется дальнейшим возрастанием активности психотерапевта во взаимоотношениях с пациентом, более структурированным процессом психотерапии; в ней существенное значение придается использованию разнообразных технических приемов и методов психотерапии. В этом случае с пациентом обсуждаются альтернативные формы лечения, согласовываются, согласовываются цели психотерапии и ее методы, лечебный план, длительность и предполагаемые результаты терапии.

Общепризнанным является применение психотерапии при широком круге расстройств. В первую очередь это касается невротических состояний и других невротических расстройств психогенной этиологии, некоторых форм психосоматических нарушений, реакций дезадаптации, кризисных состояний. Психотерапия применяется у пациентов с личностными нарушениями, психическими расстройствами на этапах формирования медикаментозной ремиссии, с алкогольной и другими формами зависимости.

Показания для психотерапии очень широки. Она показана во всех тех случаях, когда для нее отсутствует противопоказание. Проводиться же может только в тех случаях, когда пациент мотивирован и от него получено информационное согласие на участие в психотерапии.

Главные противопоказания для проведения психотерапии:

- по жизненным показаниям необходимо иное, не психотерапевтическое воздействие;

- психотерапия неэффективна;

- психотерапия противопоказана в связи с морально-этическими ограничениями.

В русскоязычной литературе преимущественно указывается на три уровня ее проведения:

- 1) профессиональная психотерапия осуществляется врачом-психотерапевтом, который является лечащим врачом и самостоятельно ведет пациента;

2) психотерапия как вспомогательный метод может проводиться как психотерапевтом-профессионалом, так и узким специалистом;

3) психотерапия в общемедицинской практике проводится всеми врачами, что позволяет реализовать биопсихосоциальный подход в медицине.

Единственной общепринятой классификации методов психотерапии нет. Попытку проанализировать все многообразие значений, в которых используется понятие метода психотерапии сделал Александрович (Aleksandrowicz J.W., 1979):

1) методы, имеющие характер техник;

2) методы, определяющие условия, которые способствуют достижению и оптимизации целей психотерапии;

3) методы в значении инструмента, которым мы пользуемся в ходе психотерапевтического процесса;

4) методы в значении терапевтических интервенций (вмешательств).

Ни один из существующих методов не является самым лучшим, разные методы преследуют разные цели и применимы к определенным группам пациентов. Их выбор зависит от психотерапевта – от его личности, уровня подготовки и теоретической ориентации. Широко распространено разграничение «большой» и «малой» психотерапии. К первой относят методы психоанализа и близких к нему школ, ко второй – рациональную психотерапию (беседы с больным) и способы, основанные на внушении и релаксации. В.Е. Рожнов (1983) разделял психотерапию на общую и частную, или специальную. Общая включает комплекс психических воздействий на больного, направленный на повышение его сил в борьбе с болезнью, на создание охранительно-восстановительного режима, исключая психическую травматизацию и ятрогению. При этом психотерапия является вспомогательным средством, создающим общий фон, на котором применяются другие виды лечения (медикаментозное, физиотерапевтическое и пр.).

В 1985 г Б.Д.Карвасарский подразделял психотерапию на:

1) методы личностно-ориентированной психотерапии;

2) методы суггестивной психотерапии;

3) методы поведенческой (условно-рефлекторной) психотерапии.

Принято рассматривать психотерапию как симптомо- и личностно-ориентированную. К первой традиционно относят гипнотерапию, аутогенную тренировку, различные виды внушения и самовнушения и др. Психотерапия, ориентированная на значительные личностные изменения базируется на основных течениях современной психологии, и соответственно этому выделяются динамическое, поведенческое и гуманистическое направления.

**Научные основы психотерапии.** История психотерапии уходит в далекое прошлое. Еще Гиппократ представлял типологию темперамента и считал слово одним из лечебных факторов. Однако собственно научные обоснования, позволяющие рассматривать психотерапию в качестве научной дисциплины,



плины стали накапливаться лишь в прошлом веке. Особенно бурная эволюция отмечается за последние десятилетия, когда новые научные разработки и исследования позволили увидеть в психотерапии именно научную дисциплину, а не просто собрание методов, основанных на личных свидетельствах или системе убеждений, созданной той или иной «школой», что может иметь больше общего с религиозными представлениями, чем с открытым научным подходом.

Вопрос о научности или ненаучности метода в психотерапии остается открытым, поскольку, несмотря на получение новых, более точных научных результатов, еще многие задачи в одном из наиболее сложных подходов к человеку – психотерапии остаются нерешенными.

На основании представлений Бунге (Bunge M., 1967) и Перре (Perrez M., 1989) в качестве общих критериев обоснованности психотерапии могут рассматриваться (Абабков В.А., 1998):

1. Доказательства эффективности психотерапии.
2. Обоснование психотерапии предложениями, которые не противостоят современным научным данным.
3. Применение принятых теорий психотерапии, научно объясняющих эффективность психотерапевтического метода.
4. Этическая законность психотерапевтических целей, с помощью которых предполагается достижение успеха.
5. Этическая приемлемость психотерапевтического метода.
6. Затраты на метод, необходимые для достижения успеха.
7. Вероятность и характер ожидаемых побочных эффектов.

В качестве общих научных достижений современной психотерапии Ламберт и Бергин (Lambert M.J., Bergin A.E., 1992) выделили следующие положения:

1. Превышение общего эффекта психотерапии над эффектом спонтанных ремиссий.
2. Позитивность общего эффекта психотерапии.
3. Превышение эффекта психотерапии над эффектом плацебо-контроля.
4. Варьирование результатов даже при гомогенных исследованиях, что рассматривается как следствие действия факторов, связанных с психотерапевтом, а не с психотерапевтической техникой.
5. Демонстрация относительной эквивалентности результатов при большом числе использованных методов психотерапии, терапевтических переменных и временных условий.
6. Демонстрация уникальной эффективности немногих форм психотерапии при специфических нарушениях.
7. Показ интерактивной и синергической роли медикаментов при проведении психотерапии.

8. Показ особой важности взаимоотношений психотерапевт–пациент для предсказания результата и достижения возможного позитивного личностного изменения пациента

9. Документирование негативных эффектов при психотерапевтическом лечении и изучение процессов, которые приводят к ухудшению состояния пациентов.

В.В. Макаров (2001) указывает факторы, определяющие эффективность психотерапии:

- 1) ожидание пациента;
- 2) значение для пациента лечения и излечения;
- 3) характер проблем или заболевания пациента;
- 4) готовность пациента к сотрудничеству;
- 5) ожидания терапевта;
- 6) опыт терапевта;
- 7) специфическое воздействие конкретных методов психотерапии.

Для достижения цели психотерапевт должен каждый раз убеждаться в наличии у пациента мотивации, четко формулировать цель, анализировать причины, побуждающие пациента к лечению, владеть психотерапевтическими методами, корректировать психотерапию. Цель – такой мотивационный фактор, при котором осознается результат поведения. Эффективность психотерапии зависит как от первоначального состояния пациента, так и от совпадения целей его и лечащего врача. Анализ психотерапевтической цели чаще всего проводится в когнитивной психотерапии.

Основные цели психотерапии – воспитание гибкости, умения находить новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; изыскивать, сохранять и развивать ресурсные состояния; обеспечивать активность, энтузиазм, оптимизм, сохранять и развивать здоровье (Макаров В.В., 2000).

***Интердисциплинарный характер психотерапии.*** Специфика метода заключается в том, что ее объектом и одновременно инструментом служит одно из наиболее сложных явлений материального мира – человеческая психика. В связи со сложностью объекта возникает необходимость принятия достижений, методов и способов работы из других областей науки. Как лечебный метод психотерапия связана со всеми клиническими дисциплинами. Интердисциплинарный характер психотерапии проявляется в реабилитационном процессе при широком круге заболеваний, особенно при хроническом их течении (Кабанов М.М., 1978; Siedel К., Szewczyk Н., 1976). В ходе реабилитации с каждым этапом возрастает необходимость все более интенсивного включения больного в социальную жизнь, поэтому психотерапевтические мероприятия приобретают важную роль. Поле действия психотерапии достаточно широкое, и при соответствующих модификациях психотерапевтиче-

ские методы могут быть использованы и для решения психогигиенических, психопрофилактических и иных задач.

Психотерапия тесно связана с общей и медицинской психологией, социологией, социальной психологией, что диктует сотрудничество в лечебной практике врача-психотерапевта и психолога. Психотерапия, в свою очередь, способствует развитию социальных наук. Ввиду включения в психотерапию большого числа специальных конкретных приемов расширяются ее связи с искусством, музыкой, лингвистикой и с другими областями знаний с учетом значения их достижений для психотерапевтического процесса.

**Клинические основы психотерапии.** В общем плане можно говорить о двух клинических предпосылках широкого и эффективного применения психотерапии:

1. Это прямое использование ее лечебного действия при большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая (невроты) или весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства).

2. Ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических соматических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и пр.

Цели, задачи, выбор методов психотерапии определяются конкретными клиническими характеристиками больного и болезни:

- личностными особенностями пациента и его реакциями на болезнь;
- психологическими факторами этиопатогенеза заболевания;
- нозологической принадлежностью болезни и ее этапами;
- структурно-организационными рамками, в которых проводится психотерапия.

Понятие личностного подхода, традиционно подчеркиваемое в отечественной литературе, является одним из важнейших теоретико-методологических принципов медицины.

Клинический характер психотерапии предполагает учет особенностей такого важного аспекта патологии, как внутренняя картина болезни.

**Психологические основы психотерапии.** Развитие современной научной психотерапии осуществляется на основе различных теоретических подходов, анализе и обобщении результатов эмпирических исследований клинических, психофизиологических, психологических, социально-психологических и других аспектов изучения механизмов и эффективности психотерапевтических вмешательств. Психологические основы психотерапии имеют особое значение, поскольку и объект ее воздействия (психика), и средства воздействия (клинико-психологические вмешательства) представляют собой психологические феномены, т.е. психотерапия использует психологические средства воздействия и направлена на достижение определенных пси-

хологических изменений. В отечественной традиции психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, в зарубежной – в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты. Определение Кратохвила (Kratochvil S.) в какой-то мере объединяет эти два подхода: «Психотерапия представляет собой целенаправленное, упорядочение нарушений деятельности организма психологическими средствами».

При всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии – психодинамическое, поведенческое и «опытное» – соответственно трем основным направлениям психологии (психоанализу, бихевиоризму и экзистенциально-гуманистической психологии) и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий.

В качестве основной детерминанты личностного развития и поведения в психоанализе рассматриваются бессознательные психические процессы, выступающие в качестве движущих сил, определяющих и регулирующих поведение и функционирование человека. Психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Содержание бессознательного составляет инстинктивные побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного. Инстинкты понимаются как побудительные, мотивационные силы личности, как психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от организма (биологических), как психическое выражение состояния организма или потребности, вызвавшей это состояние. Целью инстинкта является ослабление или устранение возбуждения, удовлетворение потребности за счет определенного соответствующего поведения. Эта внутренняя стимуляция (по Фрейду) является источником психической энергии, которая обеспечивает психическую активность человека (в частности, поведенческую). Мотивация человека направлена на удовлетворение потребностей организма, на редукацию напряжения и возбуждения, вызванного этими потребностями. Фрейд рассматривал невротический конфликт как «переживания, возникшие в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, действующих одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». Сущность невроза – конфликт между бессознательным и сознанием. Сознательный компонент – это нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе. Бессознательный – первичные инстинктивные потребности и влечения. Вытесненные в бессознательное они не теряют своего энергетического потенциала, а сохраняют и даже усиливают его, и далее проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (за счет сублимации), а если это не возможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов. Невроз – следствие конфликта между бессознательным (которые образуют вытесненные под влиянием моральных

норм, правил, запретов, требований первичные биологические потребности и влечения, прежде всего сексуальные и агрессивные) и сознанием.

Основная задача психотерапии в рамках психоанализа состоит в осознании бессознательного, которое находит свое выражение в свободных ассоциациях, символических проявлениях, переносе и сопротивлении. Для достижения осознания психоаналитик подвергает анализу именно эти психические феномены.

Поведенческое направление в психотерапии основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Бихевиоризм рассматривает поведение как единственную психологическую реальность. Здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился, личность понимается как приобретенный человеком в течение жизни опыт. Норма в рамках этого подхода – адаптивное поведение, а клинические симптомы или личностные расстройства – неадаптивное поведение, усвоенная неадаптивная реакция. Вольпе (Wolpe J) определяет невротическое поведение как привычку неадаптивного поведения у физиологически нормального организма. Адаптация является основной целью поведения, поэтому поведение, не обеспечивающее ее, является патологическим. Основная цель психотерапии в рамках поведенческого подхода – научение, т.е. замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Методически научение осуществляется на основании базовых психологических моделей научения, разработанных бихевиоризмом. Различные методы поведенческой психотерапии концентрируют воздействие на отдельных элементах и комбинациях традиционной бихевиористской системы «стимул – промежуточные переменные – реакция».

Гуманистическое (опытное) направление в психотерапии весьма неоднородно. Самые разнообразные психотерапевтические школы и подходы объединены в нем общим пониманием цели психотерапии и путей ее достижения. Во всех этих подходах личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности рассматривается как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции собственного субъективного опыта и нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса.

В основе гуманистической психологии лежит философия европейского экзистенциализма и феноменологический подход. Экзистенциализм принес в гуманистическую психологию интерес к проявлениям человеческого бытия и становлению человека, феноменология – описательный подход к человеку, без предварительных теоретических построений, интерес к субъективному опыту, опыту непосредственного переживания («здесь и теперь») как основному феномену в изучении и понимании человека. Можно отметить и влияние восточной философии, которая стремится к соединению души и тела в

единстве человеческого духовного начала. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальная целостная система, понять которую путем анализа отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к человеку как к уникальной личности является одним из фундаментальных положений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства – стремлению к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации, к осуществлению определенных жизненных целей, раскрытию смысла собственного существования.

Основные принципы гуманистической психологии : признание целостного характера природы человека, роли сознательного опыта, свободы воли, спонтанности и творческих возможностей человека, способности к росту.

Важнейшими понятиями гуманистической психологии являются: самоактуализация (процесс наиболее полного развития, раскрытия и реализации способностей и возможности человека, актуализации его личностного потенциала), опыт (личный мир переживаний человека, совокупность внутреннего и внешнего опыта, то, что человек переживает и «проживает»), организм (как сосредоточение всего опыта переживаний), Я-концепция (самовосприятие, более или менее осознанная устойчивая система представлений индивида о самом себе, включающая физические, эмоциональные, когнитивные, социальные и поведенческие характеристики), конгруэнтность – неконгруэнтность (степень соответствия между воспринимаемым «Я» и актуальным опытом переживаний, между субъективной реальностью человека и внешней реальностью, между Я – реальным и Я – идеальным). Неустойчивый и неадекватный образ «Я» делает человека психологически уязвимым к чрезвычайно широкому спектру собственных проявлений, которые также не осознаются (искажаются или отрицаются), что усугубляет неадекватность Я – концепции и создает почву для роста внутреннего дискомфорта и тревоги, которые могут стать причиной повышенной психологической уязвимости или различных психических расстройств, в частности невротических нарушений. В самом общем виде в рамках этого подхода невротические расстройства рассматриваются как результат блокирования специфически человеческой потребности в самоактуализации, невозможности раскрыть смысл собственного существования, отчуждения человека от самого себя и всего мира.

Разнообразные подходы гуманистического направления объединяет идея личностной интеграции, восстановление целостности и единства человеческой личности. Эта цель может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции существующего опыта и нового опыта, полученного в ходе терапевтического процесса. Основное понятие в этом контексте – «встреча» (encounter) как соприкосновение разных миров: встреча с другими людьми, встреча с самим собой, встреча с Высшим началом. Пси-

хотерапевт этого направления реализует в ходе своей работы с пациентом три основные переменные психотерапевтического процесса: эмпатию, безусловное положительное отношение к пациенту и собственную конгруэнтность. Эмпатия понимается как способность психотерапевта встать на место пациента, «вчувствоваться» в его внутренний мир, понимать его высказывания так, как он сам это понимает. Безусловное принятие предполагает отношение к пациенту как к личности, обладающей безусловной ценностью, независимо от того, какое поведение он демонстрирует, как оно может быть оценено, независимо от того, болен он или здоров. Собственная конгруэнтность или аутентичность психотерапевта означает истинность поведения психотерапевта, поведение, соответствующее тому, каким он есть на самом деле. Эта «триада Роджерса» представляет собой «методические приемы», способствующие изучению пациента и достижению необходимых изменений.

**Активирующий принцип в психотерапии.** Проблема активности человека всегда связана с его волевыми качествами, с уровнем его социального отношения к действительности. Задача психотерапии – помочь больному понять, что это относится к его собственной жизни. Следует различать: 1) снижение активности, вызванное не зависящими от личности обстоятельствами (например, постельный режим); 2) снижение активности личности как таковой.

Снижение активности второго типа может возникать на почве первого. Невроз, патологическая реакция, психические болезни, астенические состояния всегда связаны с различной формой нарушения сознательной, волевой, разумно направленной активности.

Одной из важнейших и наиболее ранних задач психотерапии в этом случае является повышение активности больного в отношении преодоления своей болезни и травмирующих обстоятельств. В дальнейшем ставятся задачи возможного активирования социально-полезной деятельности больного, его отношению к обстоятельствам жизни в более широком плане.

Активирующая психотерапия может противопоставляться седативной, успокаивающей. Успокоение больного часто может быть достигнуто только путем повышения его активности, например привлечения к труду, повышения активности в выполнении долга (семья, работа, общество). Активирование врачом больного требует учета его возможностей и постепенности. Повышение уровня активности обязательно связано в психотерапии с вопросом об основных ее источниках – интересах, побуждениях, сознательности, чувства долга. Активирующая психотерапия позволяет полнее реализовать реабилитационный потенциал и улучшить реабилитационный прогноз больного.

**Классификация подходов психотерапии.** Наибольшее признание в развитие получили 3 психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы:

- 1) динамическое (психодинамическое, психоаналитическое),

- 2) бихевиористское и
- 3) гуманистическое.

В этих трех направлениях психотерапии, ориентированных на личностные изменения, а не на один лишь симптом, наличие определенной личностной концепции позволило создать психотерапевтическую систему, характеризующуюся логической последовательностью взглядов, которая присуща и другим областям медицины. Это представление о норме (в психотерапии – о личности), о патологии (в психотерапии – о личностных изменениях) и логически вытекающее из этого представление о задачах и способах лечения.

Психоанализ, рассматривающий в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения первичные влечения и потребности, а невроз – как следствие его вытеснения в бессознательное и конфликта с сознанием, логически понятно определяет и основную задачу психотерапии – осознание этого конфликта.

Для бихевиоризма личность есть поведение, а невроз – это неадаптивное поведение, возникшее в результате неправильного научения, поэтому основная задача психотерапевта формулируется как обучение новым, адаптивным способом поведения.

Гуманистическая психология рассматривает в качестве основной потребность личности в самоактуализации, а невроз – как результат блокирования этой потребности. Задача психотерапии – помочь приобрести пациенту новый эмоциональный опыт, способствующий становлению адекватного целостного образа «Я», и возможностей для самоактуализации личности.

Александрович (Aleksandrowicz J.W., 1979) проанализировал значения, в которых используется понятие метода в психотерапии: 1) методы психотерапии как конкретные методические приемы и техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и др.); 2) методы психотерапии, определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия и др.); 3) методы психотерапии в значении инструмента психотерапевтического воздействия (психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии, группа при групповой психотерапии); 4) метода психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), рассматриваемых либо в параметрах стиля (директивный, недирективный), либо в параметрах теоретического подхода (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

**Классический психоанализ.** Этим термином обозначается: 1) направление глубинной психологии, рассматривающей бессознательное в качестве детерминанты развития и функционирования личности; 2) психотерапевтическая система, в основе которой лежит выявление особенностей переживаний и действий человека, обусловленной неосознаваемыми мотивами.

Основоположник классического психоанализа Фрейд цель его видел в том, чтобы сделать бессознательное сознательным. Ключевыми, определяющими



щими понятиями психоанализа являются: свободные ассоциации, перенос и интерпретация.

Важное понятие в психоанализе – сопротивление. Тесно связано с сопротивлением понятие защиты.

Классический психоанализ включает теорию психологического происхождения неврозов. В классической теории различаются следующие типы неврозов:

1. Психоневроз, который обусловлен принципами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Существует три типа психоневрозов – истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний.

2. Актуальный невроз обусловлен принципами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуальных привычек пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд разграничил две формы: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия облегчения от полового возбуждения.

3. Нарциссический невроз, при котором пациент не способен к образованию переноса.

4. Невроз характера, когда симптомы являются чертами характера.

5. Травматический невроз, который вызывается потрясением.

6. При неврозе переноса, который развивается в ходе психоанализа, пациент проявляет навязчивый интерес к психоаналитику.

*Динамическое направление в психотерапии* ориентировано на психоаналитическую терапию. Основа – достижение понимания динамики психической жизни индивида, исходя из концепции бессознательного. Внимание акцентируется на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения – через особые когнитивные способы (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос) – которому пациент следует в течении жизни и который таким образом влияет на его здоровье. Наиболее известными в этом направлении являются: классический психоанализ Фрейда (Freud S.), аналитическая психология Юнга (Jung C.G.), индивидуальная психология Адлера (Adler A.), волевая терапия Ранка (Rank O.), активная аналитическая терапия Штекеля (Stekel W.), интерперсональная психотерапия Салливина (Sullivan H.S.), интенсивная психотерапия Фромм – Райхманн (Fromm – Reichmann F.), характерологический анализ Хорни (Horney K.), гуманистический психоанализ Фромм (Fromm E.), Эго – анализ Кляйн (Klein M.), Чикагская школа Александер (Aleksander F.G.), Френч (French T.M.), секторная терапия Дойча (Deutsch F.), гипноз Волберг (Wolberg L.R.), характерологический анализ Райха (Reich W.) и другие.

Согласно динамического направления в психотерапии, определяющим в понимании природы человека и его болезней является то, что все психиче-

ские феномены – это результат взаимодействия и борьбы интрапсихических сил. Фрейд описал основные силы в этой борьбе, которые участвуют в происхождении неврозов: «Человек заболевает в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им». Этиологию неврозов он считал сексуальной по природе. Психологический подход включает пять фундаментальных принципов: динамический, экономический, структурный, принцип развития, принцип адаптации. На этих принципах основывается психоаналитическое наследие, для которого наиболее существенными являются следующие положения: 1) главное значение имеют человеческие инстинктивные импульсы, их выражение, трансформация и, что наиболее важно, их подавление, посредством которого удастся избежать болезненных чувств или переживаний неприятных мыслей, желаний и воздействия сознания; 2) вера, что такое подавление является, по существу, сексуальным, что причиной расстройств является неправильное либидинозное или психосексуальное развитие; 3) идея, что корни неправильного психосексуального развития находятся в далеком прошлом, в детских конфликтах или травмах, особенно это касается эдипова комплекса, выраженного в классическом желании противоположного по полу родителя; 4) уверенность в сопротивлении выявлению эдипова комплекса, его быстром восстановлении; 5) мысль о том, что мы, по существу, имеем дело с борьбой между биологическими внутренними импульсами (или инстинктами – ИД) и выступающим в роли защиты по отношению к внешней реальности Эго – в общем контексте моральных правил или стандартов (Супер–Эго); 6) приверженность концепции психического детерминизма, или причинности, согласно которой психические феномены, так же как и поведение, бесспорно, не изменяются случайно, а связаны с событиями, которые предшествуют им, и, если не делаются осознанными, невольно являются основанием для повторения.

Терапевтические изменения и лечебный процесс в динамическом направлении в психотерапии своей конечной целью имеют осознание бессознательного, в основном либидинозного содержания. Концепция лечения означает возможность полной реорганизации личности при окончательном разрешении невротического конфликта. Наиболее важным проявлением этого служит разрешение эдипова комплекса, что традиционно считается необходимым для здоровой личности. Окончательная интеграция личности означает власть Эго над импульсами ИД, или, как следует из классики, «где было ИД, там будет Эго».

Динамический подход реализуется преимущественно средствами вербализации, включающей свободные ассоциации пациента и анализ психотерапевтом реакций переноса и сопротивления. Анализ включает также освещение сновидений, которые Фрейд считал «королевской дорогой к бессознательному».

Лечение, как правило, требуется долговременное и интенсивное. Лечебная модель является медицинской и авторитарной: врач – пациент или родитель – ребенок (т.е. терапевтический союз); психотерапия выполняет интерпретирующую и отражающую роль и занимает недирективную, бесстрастную или фрустрирующую позицию.

**Рациональная психотерапия.** Основоположником считается швейцарский невропатолог Дюбуа (Dubois P.). Возникнув как альтернатива терапии внушением, рациональная психотерапия опиралась прежде всего на разум, мышление пациента (лат. Ratio – разум, рассудок). Представляет собой интегративный метод психотерапии, в первую очередь ориентированный на нозологический подход к заболеванию и имеющий достаточно широкий круг показаний к своему применению. Рационально-эмоциональная и когнитивная – когнитивно-поведенческая психотерапия – по своей сути является вариантами метода рациональной психотерапии. Отдельные ее положения и приемы согласуются с методом нейролингвистического программирования (метамодель, изменение суждений с помощью техники субмодальностей, использование аналогий – метафор и т.д.). Возможности рациональной психотерапии далеко не исчерпаны, ее приемы и техники совершенствуются.

**Рационально-эмоциональная психотерапия.** Одно из двух основных направлений когнитивной психотерапии, разработанное Эллисом (Ellis A.). В ней выделяют три ведущих психологических аспекта функционирования человека: мысли (когниции), чувства и поведение. Эллис подчеркивает два типа когниций. Deskриптивные содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в мире; их можно назвать чистой информацией о реальности. Deskриптивные когниции обязательно соединены с оценочными связями разной степени жесткости. С точки зрения рационально-эмоциональной психотерапии, не объективные события сами по себе вызывают у нас позитивные или негативные эмоции, а наше внутреннее восприятие их, оценка. Мы чувствуем то, что думаем по поводу восприятия. Расстройства в эмоциональной сфере, ряд психопатологических симптомов является результатом нарушений в когнитивной сфере (такие, как сверхгенерализация, ложные выводы и жесткие установки). Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал иррациональными установками. Это жесткие связи между deskриптивными и оценочными когнициями типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений, они носят абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если иррациональные установки не реализуются, они приводят к длительным, неадекватным ситуации эмоциям, затрудняют деятельность индивида, мешают достижению целей. Работа психотерапевта сводится к опознанию иррациональных установок, затем к конфронтации с ними и пересмотру их, закреплению рациональных (гибких) установок. Человек, пересмотревший иррациональные установки, характеризуется адек-

ватностью эмоционального реагирования в плане частоты, интенсивности и длительности негативных его проявлений.

Рационально-эмоциональная психотерапия показана прежде всего пациентам, способным к интроспекции, анализу своих мыслей. Она предполагает активное участие пациента на всех этапах психотерапии, установление с ними отношений, близких к партнерским.

Эллис выделил 4 наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы:

- 1) катастрофические установки,
- 2) установки обязательного долженствования,
- 3) установки обязательной реализации своих потребностей,
- 4) глобальные оценочные установки.

На первом этапе рациональной психотерапии выявляются иррациональные установки, показывается характер связи между ними, делающей понятной многокомпонентную реакцию индивида в проблемной ситуации. Необходимо и выявление рациональных установок, поскольку они составляют ту позитивную часть отношения, которая в последующем может быть расширена.

Следующий этап – реконструкция иррациональных установок. К нему приступают, если пациент легко идентифицирует иррациональные установки в проблемной ситуации. Реконструкция установок может протекать на когнитивном уровне, на уровне воображения и на уровне поведения – прямого действия.

**Когнитивная психотерапия.** Основные положения были сформулированы Бекком (Beck A.T.). Представляет собой развитие поведенческой психотерапии, в которой эмоциональные реакции и психотерапевтические расстройства рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами и актуальными когнитивными процессами, приобретенными в прошлом, иными словами, в которой в качестве промежуточных переменных выступает мысль (когниция).

Подобно рационально-эмоциональной психотерапии, когнитивная психотерапия исходит из того, что восприятие объекта или события опосредуется мышлением и, только осознав это опосредующее звено, можно понять реакцию индивида, прежде всего ее эмоциональные и поведенческие аспекты.

Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и самосигналов и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. Поэтому цель когнитивной психотерапии – исправление неадекватных когниций. Осознание правил неадекватной обработки информации и замена их правильными – таковы главные задачи когнитивной психотерапии. Она наиболее показана людям со способностью к самонаблюдению и анализу своих мыслей. Чтобы психотерапия была успешной, пациент должен в общем

принять базисное положение о зависимости эмоций от мышления: «Если мы хотим изменять чувства, надо изменять вызывающие их идеи».

**Телесно-ориентированная психотерапия.** Направление психотерапии, целью которого является изменение психического функционирования человека с помощью ориентированных на тело методических приемов. Наиболее известными ее видами является характерологический анализ Райха, биоэнергетический анализ Лоуэна.

Возникла на основе практического опыта и многолетних наблюдений взаимосвязи духовного и телесного в функционировании организма. Она в большей степени, чем другие направления психотерапии, придерживается холистического подхода, необходимость в развитии которого постоянно возрастает. Преодоление дуализма тела и разума и возвращение к целостной личности ведет к глубоким изменениям в поведении человека.

Для современных методов телесно-ориентированной психотерапии человек – единое функционирующее целое, сплав тела и психики, в котором изменения в одной области сопровождаются изменениями в другой. Их объединяет стремление вернуть человеку ощущение целостности, научить его не только осознаванию вытесненной информации, но и переживанию в настоящий момент единства тела и психики, целостности всего организма.

Райх первым подчеркнул важность обращения внимания на физические аспекты характера индивидуума, в особенности на хронические мускульные зажимы. Он разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоционального опыта. Хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. «Мышечный панцирь» не дает человеку возможности переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражения чувств. Основным препятствием для личностного роста Райх видел в защитном «мускульном панцире», который мешает человеку жить полноценной жизнью в гармонии с окружающими людьми и природой. Он выделил семь сегментов «мышечного панциря», охватывающего тело: 1) область глаз, 2) рот и челюсть, 3) шея, 4) грудь, 5) диафрагма, 6) живот, 7) таз.

Райх обнаружил, что расслабление «мышечного панциря» освобождает значительную либидинозную энергию и помогает процессу психоанализа. Он разработал специальную методику, позволяющую снижать значительное напряжение определенных групп мышц и, таким образом, вызывать освобождение эмоций, которые этим напряжением сдерживались.

По Лоуэну, причиной неврозов, депрессий и психосоматических расстройств является подавление чувств, которые сопровождаются хроническими мышечными напряжениями, блокирующими свободное течение энергии в организме человека и приводящее к изменению функционирования личности. Он выделил пять типов человеческого характера, основываясь на его психи-

ческих и физических проявлениях: «шизоидный», «оральный», «психоаналитический», «мазохистический» и «ригидный». Биоэнергетика Лоуэна центрирована на роли тела и анализе характера, включает методику дыхания Райха, многие из его техник эмоционального раскрепощения. Основными приемами биоэнергетики выступают различные манипуляции с мышечными фасциями, дыхательная гимнастика, техника эмоционального раскрепощения, напряженные позы для энергетизации заблокированных частей тела, активные двигательные упражнения, вербальные способы высвобождения эмоций, различные варианты физического контакта членов терапевтической группы и др.

К телесно-ориентированной психотерапии относятся: концепция телесного осознания Фельденкрайза, метод интеграции движений Александра, структурная интеграция Рольф, техника танатотерапии Баскакова и др.

**Гештальт-терапия.** Метод, созданный американским психологом и психотерапевтом Перлсом (Perls F.S.) под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа и, в частности, теории Райха (Reich W.) о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Гештальт-терапия возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость осознания пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают из непосредственного поведения пациента. Феноменологический подход противопоставляется каузальному традиционному подходу при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств пациента в его прошлом.

Перлс перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собою, осуществлять свое «Я», реализовывать свои потребности, склонности, способности – это путь гармоничной, здоровой личности. Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма, к неврозу, заболеванию.

В гештальт-терапии различают 5 механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлуенция. При интроекции человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступая в противоречие с собственным опытом не ассимилируются его личностью. Этот неассимилированный опыт – интроект – является чуждой для человека частью

его личности. Проекция – прямая противоположность интроекции, причем, как правило, эти два механизма дополняют друг друга. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его «Я» – концепции. Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются интроектами. Ретрофлексия – «поворот на себя» – наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой, и тогда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на самого себя. Такими неудовлетворенными потребностями или незавершенными гештальтами часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между «Я» и другими превращается во внутренний конфликт. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например: «Я должен заставить себя сделать это». Дефлексия – это уклонение от реального контакта. Человек, для которого она характерна, избегает непосредственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия выражается в форме разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т.п. Конфлуенция, или слияние, выражается в стирании границ между «Я» и окружением. Такие люди с трудом отличают свои мысли, чувства или желания от чужих. Слияние хорошо выявляется на занятиях групповой психотерапией у пациентов полностью идентифицирующих себя с группой: для них характерно при описании собственного поведения употребление местоимения «мы», вместо «я».

Описанные варианты нарушений процесса саморегуляции представляют собой невротические защитные механизмы, прибегая к которым индивид отказывается от своего подлинного «Я».

В процессе гештальт-терапии на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит через пять уровней невроза (по Перлсу).

Первый уровень – уровень фальшивых отношений, уровень игр и ролей. Невротическая личность отказывается от реализации своего «Я». Больной неврозом живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности человека оказываются неудовлетворенными, он испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования. Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим.

Второй уровень – фобический, связан с осознанием фальшивого поведения и манипуляций. Но когда пациент представляет себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет себя вести искренне, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем является, боится, что общество подвергнет его остракизму.

Третий уровень – тупик. Характеризуется тем, что человек не знает, что делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не го-

тов или не хочет использовать свои собственные ресурсы, обрести внутреннюю точку опоры. В результате человек придерживается статус-кво, боясь пройти через тупик.

Четвертый уровень – имплозия, состояние внутреннего смятения, отчаяния, отворачивания к самому себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытать страх смерти. Эти моменты могут быть связаны вовлечением огромного количества энергии в столкновение противоборствующих сил внутри человека; возникающее следствие этого давления, как ему кажется, грозит его уничтожить.

Пятый уровень – эксплозия (взрыв). Достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозия – это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Перлс описывает четыре этапа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности. Оргазм – результат работы с лицами, сексуально заблокированными.

Основной теоретический принцип гештальт-терапии – убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решение и делать выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится глубоко в ситуации «сейчас». Большое внимание уделяется «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рационализации, самооправданий и уклонения от решения проблем.

Гештальт-терапия наиболее эффективна при лечении неврозов.

**Суггестивная психотерапия.** (от лат *suggestio* – внушение). Термин объединяет группу методов, в основе которых внушение выступает в качестве ведущего лечебного фактора. Внушение реализуется в состоянии бодрствования, гипнотического сна (гипнотерапия), наркотического сна (наркопсихотерапия). Из методов самовнушения наиболее известны самовнушение по Куэ, аутогенная тренировка, биологическая обратная связь.

**Гипнотерапия.** Метод психотерапии, использующий гипнотическое состояние в лечебных целях. Ввиду того, что явления внушения в гипнозе тесно переплетаются П.И.Буль (вслед за Платоновым) считают целесообразным пользоваться термином «гипносуггестивная психотерапия».

Абсолютным противопоказанием к гипнотерапии являются бредовые формы психозов и гипноманические установки истерических личностей.



Продолжительность одного сеанса 15–20 мин. Количество сеансов колеблется от 1 до 15. Частота – от ежедневных до проводимых 1 раз в неделю. Может проводиться индивидуально или с группой пациентов.

Основные осложнения – потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, гипнотическая летаргия. Эти осложнения при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техник гипноза не приводят к серьезным последствиям. Причины неудач гипнотерапии могут быть связаны с упорным применением врачом одного лишь гипносуггестивного метода при игнорировании им общих психотерапевтических подходов, рациональной психотерапии, тренировочных приемов и других показанных в данном конкретном случае методов психотерапии.

**Гипноз** – это «особое состояние сознания, предполагающее определенное изменение психофизиологической реактивности организма» (L. Chertok, 1982).

**Гипносуггестивная психотерапия** – это лечебный метод, с помощью которого ставятся определенные лечебные цели и используются определенные технические приемы во время пребывания пациента в состоянии гипноза.

**Эриксоновский гипноз** – новый подход к гипнотерапии, получивший в 80-е годы XX века в мировой психотерапевтической практике широкое признание. Создатель метода – американский психотерапевт Милтон Эриксон (Ericson M.H., 1901–1980). Его принципы и технические приемы, дополняя традиционный гипноз, расширили возможность лечебной тактики психотерапевта, особенно с трудными пациентами, неподатливыми к когнитивным и традиционным суггестивным методам.

Подход Эриксона принципиально антитеоретичен и прагматичен. Его знание идет из практического опыта, а не из теоретических размышлений. Он никогда не формулировал единой теории гипноза.

Для эриксоновского подхода свойственно расширенное понимание гипнотического состояния, представляющего собой разновидность измененного или трансового состояния сознания. Гипнотический транс, по Эриксону, это последовательность взаимодействий «гипнотерапевт – пациент», приводящая к поглощенности внутреннего восприятия и вызывающая такое изменение состояния, когда «Я» пациента начинается проявляться автоматически, т.е. без участия сознания. Эриксоновский гипнотерапевт действует в соответствии с принципом утилизации, согласно которому стереотипы самопроявления пациента рассматриваются как основа возникновения терапевтического трансa. Это требует не стандартизованных воздействий, а приспособления гипнотерапевта к текущему поведению пациента, а затем руководству им. Транс возникает из межличностного взаимодействия на уровне ощущений, когда гипнотерапевт подстраивается к пациенту, тем самым позволяя обеим сторонам становиться все более восприимчивыми по отношению друг к другу.

Микродинамика наведения гипнотического транса и внушения состоит из следующих стадий (Эриксон и Росси):

- 1) фиксация внимания;
- 2) депотенциализация установок сознания;
- 3) бессознательный поиск;
- 4) гипнотический отклик

В стадии фиксации внимания важно обеспечить и поддерживать его сосредоточение с помощью:

- 1) рассказов, которые интересуют, мотивируют, увлекают пациента;
- 2) стандартной фиксации взгляда;
- 3) пантомимы и невербального общения в целом;
- 4) воображения или визуализации;
- 5) левитации руки;
- 6) релаксации и других способов.

Вторая стадия – депотенциализация установок сознания – осуществляется, когда удается зафиксировать внимание и фокус внимания автоматически снижается до той степени, при которой обычные системы отсчета пациента становятся уязвимы для депотенциализации. Для того, чтобы обойти и депотенциализировать сознательные процессы, используются:

- 1) шок, удивление,
- 2) отвлечение внимания,
- 3) диссоциация,
- 4) когнитивная перегрузка.

Эриксон часто использовал «сюрприз-неожиданность», чтобы «встряхнуть» человека из его привычных паттернов ассоциаций, пытаясь развить его естественные способности к бессознательному творчеству. Прием замешательства явился одним из наиболее эффективных компонентов в техниках наведения транса и внушения Эриксона. В то время как другие психотерапевты, так же как и большинство людей, обычно пытаются найти способ достичь максимальной ясности в общении, Эриксон намеренно развил в себе умение общаться так, чтобы это вызывало у людей замешательство. Основной момент здесь – кажущееся случайным и непреднамеренным вмешательство, препятствующее привычному реагированию субъекта на реальную ситуацию. Это вызывает состояние неопределенности, фрустрированности и замешательства, в результате чего человек с готовностью принимает гипноз как средство разрешения ситуации. Метод создания замешательства утилизирует все, что бы ни делал пациент с целью противодействия трансу, в качестве основы позволяющей вызвать транс. Замешательство может быть осуществлено посредством прерывания какого-либо стереотипа.

В рамках недирективного (неавторитарного) гипнотического транса используются такие приемы, как импликация(подразумевание), связка и двойная связка, диссоциация, ратификация, идеомоторный сигналинг, составные

внушения и многие другие способы косвенного внушения, разработанные Эриксоном.

Все позитивные изменения в структуре личности пациента, в его представлениях, эмоциях или поведении должны быть средствами обучения, возникающего во время гипноза, а не прямым результатом конкретного гипнотического внушения. Гипноз не столько создает для пациента новые возможности, сколько обеспечивает доступ к существующему у него опыту, способностям, знанию, потенциалу, помогая более эффективному их использованию. Гипноз позволяет проводить психотерапию на бессознательном уровне. Основной принцип подхода Эриксона состоит в том, что необходимо использовать любые убеждения, ценности, установки, эмоции или формы поведения, проявляемые пациентом, чтобы вызвать у него переживания, способствующие психотерапевтическим изменениям.

Эриксоном разработан еще один из важных психотерапевтических подходов – гипнотическая проекция пациента в воображаемое успешное будущее с последующим анализом его реакций и переживаний, приведших к такому результату. Затем следует постгипнотическое внушение бессознательному, с помощью которого пациент осуществляет все те конкретные вещи, которые, как бессознательное уже показало, приведут к успеху.

Эриксон – непревзойденный мастер использования метафорических историй в лечебных целях.

При использовании эриксоновского гипноза происходят такие изменения, которые воспроизводят и поддерживают сами себя и приводят к дальнейшим изменениям. Это происходит прежде всего потому, что изменения были направлены на внутренний рост и самораскрытие пациента.

**Нейролингвистическое программирование (НЛП).** Модель человеческих коммуникаций и поведения, которая может быть эффективно использована для организации или описания взаимодействий в психотерапии, педагогике, менеджменте с целью их оптимизации. Современное направление постэриксоновской психотерапии (эриксоновский гипноз, позитивная психотерапия), разрабатываемое с 1975г. американцами Бендлером (Bandler R.) и Гриндером (Grinder J.), математиком и лингвистом по базовому образованию и их последователями.

НЛП базируется на: 1) изучении и анализе практики Эриксона (Erickson M.H.), Сатир (Satir V.), Перлса (Perls F.S.) и др. 2) современных данных о межполушарной асимметрии – различиях в переработке информации правым и левым полушариями; работах Бейтсона (Bateson G.), посвященных «экологии разума», со ссылкой на зоопсихологические данные формирования нестандартных «творческих» стереотипов поведения дельфинов при определенных условиях дрессировки; 3) на трансформационной грамматике Хомского (Chomsky N.), выделяющей глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения; 4) исследованиях кибернетики в 1950–

1960-х г.г., стирающих границы между искусственным и естественным интеллектом; 5) теории логических типов Рассела (Russel B.). Таким образом НЛП является междисциплинарной интегративной концепцией необихевиористской ориентации.

Коррекционные техники НЛП преимущественно базируются на транссовых состояниях пациента.

**Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное) направление в психотерапии.** К нему относят экзистенциальную психотерапию, даэйнанализ, логотерапию, клиент-центрированную психотерапию, биоэнергетический анализ Лоуэна, аутогенную тренировку (высшей степени), трансцендентальную медитацию, дзэнпсихотерапию, психоделическую психотерапию, гештальт-терапию и ряд других методов.

Через психоаналитическую практику и придание особого значения техническим приемам человек становится обезличенным, изолированным, управляемым, доступным анализу и расчету, и потому униженным. Эмпирическая концепция возвеличивает человека с целью нивелировки его отчуждения, поощряет максимально полное исследования уникальности и универсальности его природы. В этом ее трансцендентальная сущность. Говоря словами Франкла (Frankl V.E., 1966), «человек по своей сущности стремится найти цель и осуществить свое предназначение в жизни». Представители гуманистического направления в психотерапии видят человека существом природно активным, борющимся, самоутверждающимся, повышающим свои возможности, с почти с безграничной способностью к позитивному росту. Поэтому усилия психотерапевта направлены на личностный рост пациента, а не просто на лечение болезни.

При рассмотрении терапевтического процесса (процесса изменений) интеллектуальные знания и инсайт заменяются эмоциями и переживаниями, акцент на «там и тогда» отдаленного прошлого переносятся на «здесь и теперь» непосредственного настоящего. Психотерапевтические встречи действуют через сам факт их новизны. Во время их проведения психотерапевт служит катализатором, с помощью которого пациент реализует свои латентные и лучшие способности для саморазвития. Важнейшее значение приобретают пробуждающие чувства человеческие взаимоотношения, при которых каждый человек пытается искренне общаться с другими как вербально, так и невербально.

Терапевтический союз не является отношениями врача и пациента (как в динамической психотерапии) или учителя и студента (как в поведенческой), а представляет отношения одного человеческого существа к другому.

**Логотерапия.** Метод психотерапии, созданный Франклом (Frankl V.E), и экзистенциального анализа представляет собой сложную систему философских, психологических и медицинских воззрений на природу и сущность че-

ловека, механизмы развития личности в норме и патологии, пути коррекции аномалий в развитии личности.

Согласно логотерапии, стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни – врожденная мотивационная тенденция, присущая всем людям и являющаяся основным двигателем поведения и развития личности. Поэтому Франкл говорил о «стремлении к смыслу» в противовес к «стремлению к удовольствию», на котором сконцентрирован психоанализ. Человеку требуется не состояние равновесия, гомеостаз, а скорее борьба за какую-то цель, достойную его.

Человеческое стремление к реализации смысла жизни может быть фрустрировано; «экзистенциальная фрустрация», хотя сама по себе не патогенна, может привести к неврозу, коренящемуся не в психической, а в духовной сфере существования человека. Эти неогенные неврозы возникают не в связи с конфликтами между влечением и сознанием, а из-за конфликтов между различными ценностями, на основе нравственных конфликтов. Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться стремлением к власти, к удовольствию (часто в виде сильного сексуального влечения), психогенными неврозами.

Логотерапия противостоит с одной стороны психоанализу, а с другой – поведенческой психотерапии. Она отлична не на уровне невроза, а при выходе за его пределы, в пространстве специфических человеческих проявлений.

Никто, и логотерапевт в том числе, не «преподносит» тот единственный смысл, который человек может найти в своей жизни, в своей ситуации. Однако логотерапия ставит целью расширение возможностей пациента видеть весь спектр потенциальных смыслов, которые может содержать в себе любая ситуация. Не человек ставит вопрос о смысле своей жизни – жизнь ставит этот вопрос перед ним. Правильно ставить вопрос не о смысле жизни вообще, а конкретно о смысле жизни данной личности в данный момент.

Франкл дает содержательную характеристику возможных позитивных смыслов. Ценности – смысловые универсалии, являющиеся результатом обобщений типичных ситуаций в истории общества. Выделяется 3 группы ценностей: творчества, переживания и отношения. Приоритет принадлежит ценностям творчества, основным путем реализации которых является труд.

**Аутогенная тренировка (АТ)** (греч. autos – сам, genos – происхождение). Активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия. Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика).

Как лечебный метод была предложена для лечения неврозов Шульцем (Schultz J.H.) в 1932 г. Лечебное действие АТ, наряду с развитием в результа-

те релаксации трофической реакции, характеризующейся усилением парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослаблении лимбической и гипоталамической областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций у тренирующихся (Лобзин В.С., 1974).

Выделяют две ступени АТ (по Шульцу): 1) низшая ступень – обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень – аутогенная медитация – создание трансовых состояний различного уровня. В конце своей долгой жизни в шестидесятые годы XX века на одном из международных конгрессов на вопрос о сути «высшей ступени» Шульц ответил: «Это полет к Богу» (Бурно М.Е., 2000).

По общему мнению АТ наиболее эффективна при лечении неврозов, функциональных расстройств и психосоматических заболеваний. Наилучшие результаты применения АТ наблюдаются при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический.

Широкое применение АТ получила в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях. Накоплен положительный опыт применения специальных вариантов АТ как метода производственной гигиены.

**Голотропная терапия** (греч. holos – весь, целый и tropos – поворот, направление). Разработана Грофом (Grof.S.), использует для достижения терапевтического эффекта измененные состояния сознания, вызываемые с помощью управляемого дыхания, провоцирующей музыки и других форм звукового воздействия, специфических приемов работы с телом и рисовании мандал в заключительной части сеанса (произвольных рисунков – отчета о проведенных сеансах).

**Директивная психотерапия.** Включает все формы психотерапии, для которых характерны принятие психотерапевтом роли организатора и руководителя психотерапевтического процесса, возложение им на себя ответственности за достижение психотерапевтических целей и дидактичность. К ним относятся методики поведенческой психотерапии, большинство приемов гипноза и позитивной психотерапии.

**Групповая терапия (ГТ).** В современной литературе это понятие используется в 3 значениях:

1. ГТ – как психотерапия, использующая отдельные психотерапевтические методы в группе больных. Единственный групповой феномен, который учитывается психотерапевтом – групповая индукция.

2. ГТ – как совместная деятельность пациентов в лечебных целях, направленная на их активизацию, преодоление неконструктивной фиксации на болезненном состоянии, активное вовлечение пациентов в лечебный процесс, расширение круга интересов и сферы контактов, развития коммуникативных навыков. Основные формы – трудотерапия, двигательная и спортивная терапия, музыкотерапия, арттерапия, различные виды терапии занятости, «клубы бывших пациентов» и др.

3. ГТ – как вид групповой психотерапии. Однако большинство авторов различают эти два понятия, рассматривая в качестве групповой психотерапии лишь процесс, основанный лишь на групповой динамике, где основным инструментом психотерапевтического воздействия является психотерапевтическая группа.

**Групповая психотерапия** – метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникших между участниками группы, включая и группового психотерапевта в лечебных целях. Групповая психотерапия отличается от групповой терапии, психотерапии в группе, коллективной психотерапии. Последние предлагают использование любого психотерапевтического метода в группе пациентов.

**Коллективная психотерапия.** В широком плане включает как систематические беседы с группами больных, так и соответствующую организацию режима в клинике, трудотерапию, культтерапию, занятия физкультурой, самодеятельность больных и т.д. Метод лечебного перевоспитания, целью которого является активирование, ободрение, отвлечение внимания больных от переживаний, связанных с болезнью, и переключение их на новые жизненные цели. Нашла применение не только в лечении неврозов, но и заболеваний внутренних органов.

**Игровая психотерапия** – психотерапевтический метод, основанный на принципах динамики психотерапевтического развития и направленный на облегчение эмоционального стресса у маленьких детей с помощью разнообразных выразительных и дающих пищу воображению игровых материалов (N.B.Webb, 1991).

Курс игровой психотерапии, по Леви (D.Levi, 1939), включает три этапа:

1-й этап – установление контакта – свободная игра ребенка, его знакомство с игровой комнатой и психотерапевтом;

2-й этап – введение в игру ребенка какой-либо ситуации, напоминающей психотерапевтическое событие (с помощью специально подобранных игрушек). В процессе разыгрывания психотравмирующей ситуации ребенок управляет игрой и тем самым сменяет пассивную роль пострадавшего на активную, деятельную роль;

3-й этап – продолжение свободной игры ребенка.

Необходимо относиться к ребенку как к личности.

**Семейная психотерапия** – комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкий, 1990).

**Социотерапия.** Основой всех ее концепций является представление о том, что социальное окружение и в больнице и дома имеет важнейшее значение для течения психических заболеваний и что социальные мероприятия могут влиять позитивно и негативно на симптоматику болезни (Кабанов М.М., 1985).

Проведение социотерапии включает в себя реализацию следующих условий: образование по возможности «нормальной» дружеской и открытой больничной среды; структурирование и организацию дня; предоставление возможности встреч в неформальных и терапевтических группах; ориентацию пациентов на внешний мир; обеспечение контактов с родственниками. Пациент должен быть мотивирован на самообслуживание, при этом приходится считаться с тем, что его помощь в ряде случаев требует больше времени и не так эффективна, как он того желает. На концепции социотерапии основаны: трудотерапия, терапия занятостью, реабилитация, домашние тренировки и др.

**Социальная психотерапия.** Ее задача с помощью психотерапевтических воздействий не только лечить болезни, осуществлять психогигиенические и психопрофилактические мероприятия, но и улучшить социальное поведение индивида. При этом не делаются различия между психическими больными, преступниками, лицами с отклонениями в поведении и т.д. Методы психотерапии рассматриваются как адекватные способы коррекции всех форм отклонений и делинквентного поведения. Можно говорить об интеграции психотерапии в общество, в медицину, в лечение болезни с учетом ее биопсихологической сущности.

Значительная общественно-политическая трансформация общества у многих людей вызывает чувство неуверенности, неопределенности, незащищенности, растерянности, ощущение потери опоры, что выражается в напряжении, а часто и агрессивности. На этом фоне возникает значение психотерапии, что вызвано ростом нервно-психической напряженности здорового населения, увеличением частоты пограничных нервно-психических расстройств. Одновременно наблюдается усиление «магического настроения», всплеск интереса к мистике, оккультизму в невиданных ранее масштабах.

Сохранения нервно-психического здоровья не удастся достичь только путем все большего охвата населения теми или иными формами психотерапии. Решение проблем по линии «человек–общество» состоит, возможно, в реализации морально-этических ценностей общества, воспитательно-



педагогических систем, социальных мер государства, направленных на улучшение жизненных условий и т.д.

Психотерапия может играть важную положительную роль, т.к. с ее помощью можно не только уменьшить страдания, но и способствовать совершенствованию социального окружения человека, разрешению им проблемы смысла жизни.

***Психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии.*** В широком понимании – усиление эффективности биологической терапии, к которой в первую очередь относятся фармакологические препараты, физиотерапия, другие физико-химические факторы, имеющие целью непосредственное воздействие на мозговую ткань (электросудорожная терапия и др.).

Индивидуально-психологические эффекты психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии в современной психотерапии изучены в большей степени и описываются в первую очередь через процессы косвенного (опосредованного, вооруженного) внушения и плацебо эффектны. Однако они могут рассматриваться и как самостоятельный психотерапевтический подход.

***Эклектическая психотерапия.*** Наличие к настоящему времени многочисленных (более 500) форм и методов психотерапии ставит в затруднительное положение практика-психотерапевта, поэтому большинство из них используют разнородные психотерапевтические методы, не обращая внимание на их теоретическое обоснование. В лечебной практике теоретические вопросы психотерапии уступают место необходимости решить конкретные проблемы клинической реальности.

Получившие распространение методы поведенческой психотерапии на практике все чаще сочетаются с психодинамическими, конгитивными и другими приемами.

Важнейшим условием достижения эффективности при использовании любых методов психотерапии является развитие оптимального взаимоотношения «психотерапевт–пациент».

***Психотерапия при соматических заболеваниях.*** Отмечается все большая интеграция психотерапии в соматической медицине. Объектом психотерапевтических воздействий становятся различные заболевания, и прежде всего так называемые психосоматические расстройства. Психотерапия, если ставить перед ней реалистические цели, оказывается несомненно полезной при различных соматических расстройствах. Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса, или развитие в связи с последним невротических «наслоений», психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активности больных, их адаптации в семье и обществе, а

также повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера. Поскольку наиболее распространенной в настоящее время является модель заболевания, согласно которой лечение осуществляется прежде всего с помощью лекарств и процедур, широкие возможности предоставляет использование психотерапевтического опосредования и потенцирования воздействий биологической природы: лекарственных, диетических, физических и др. (Карвасарский Б.Д., Губачев Ю.М., 1981).

Широко применяются: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение и др.

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе постинфарктных больных.

***Психотерапия при хронических заболеваниях.*** В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится полностью здоровым, он постоянно, т.е. хронически болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше. Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие.

В противодействии хроническому заболеванию существуют две стратегии поведения – пассивная и активная. Больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствие с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверх контроля.

Согласно Каллинке (Kallinke D., 1982), больной должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспособливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие, поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими. Это возможно в том случае, если больной: получает и усваивает необходимую информацию о болезни; ищет и находит совет и эмоциональную поддержку у специалистов, знакомых или товарищей по несчастью (группы взаимопомощи); приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости, ставит перед собой новые, связанные с наличием заболевания цели и пытается поэтапно их достигать.

Психотерапевт должен внимательно замечать и поддерживать даже малейшие попытки подобных пациентов самостоятельного решения проблем. Психотерапевт должен уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни.

***Психотерапия и реабилитация.*** Реабилитация является системой государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное или раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественному труду. Реабилитация – сложный процесс, в результате которого у пациента формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Концепция реабилитации включает и профилактику, и лечение, и приспособление к жизни и труду после болезни и личностный подход к больному человеку. Различают медицинскую, профессиональную и социальную реабилитации (в нашей республике еще и медико-профессиональную).

Реабилитация психических больных имеет свои особенности, которые связаны в первую очередь с тем, что при психических заболеваниях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения.

Широко распространено мнение, что применительно к неврозам проблема реабилитации не существует, так как психотерапия по своим целям идентична реабилитации. Однако поскольку в реальной практике помощь больным неврозами оказывается зачастую лишь симптоматическими методами, то при тяжелых, затяжных формах неврозов и невротических развитиях вопросы реабилитации принимают особое значение и должны быть поставлены в поле зрения врача.

Цели, задачи и конкретное содержание терапевтических реабилитационных программ определяются особенностями клинических проявлений болезни, ее течением, прогнозом, соотношением биологических, психических и социальных механизмов в возникновении и развитии патологических расстройств.

#### ***Роль врача-психотерапевта в оказании медицинской помощи.***

В соответствии с современной концепцией организации психотерапевтической помощи в здравоохранении врач-психотерапевт – это специалист с высшим медицинским образованием, прошедший подготовку по психиатрии и психотерапии. Врач-психотерапевт должен проводить патогенетически, клинически и психологически обоснованное лечение широкого круга пациентов, обратившихся за помощью; специалист, сочетающий в лечении пациентов методы психотерапии и фармакотерапии. Психотерапевт в идеале – человек, имеющий ум философа, сердце поэта, способность артиста к перевоплощению, работоспособность ученого, пытливость юриста, наблюдательность

художника, мастерство реставратора (Мягков И.Ф., 1967). Психотерапия сегодня является самостоятельной медицинской специальностью, генетически связанной с психиатрией.

Определить контингенты, обслуживаемых врачом-психотерапевтом, исходя из критериев МКБ-10, можно следующим образом.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F-4), включая тревожно-фобические расстройства (F-40); другие тревожные расстройства (F-41); обсессивно-компульсивные расстройства (F-43); диссоциативные (истерические) расстройства (F-44); соматоформные расстройства (F-45); другие невротические расстройства (F-48).

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F-5), включая расстройства приема пищи (F-50); нарушение сна неорганической природы (F-51); половая дисфункция, не обусловленная органическими расстройствами или заболеваниями (F-52); психические и поведенческие нарушения, связанные с послеродовым периодом и неклассифицируемые в других разделах (F-53), за исключением тяжелых психических и поведенческих расстройств, возникших в послеродовый период и неклассифицируемые в других рубриках, в том числе послеродового психоза (F-53.1); психические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках (F-54); злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (F-55).

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F-6), включая специфические расстройства личности (F-60); смешанное и другие нарушения личности (F-61), хронические изменения личности, не обусловленные повреждением или заболеванием мозга (F-62), расстройства привычек и влечений (F-63), расстройства половой идентификации (F-64), расстройства сексуального предпочтения (F-65), психологические и поведенческие нарушения, связанные с сексуальным развитием и ориентацией (F-66), другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F-68).

Противопоказаниями для назначения психотерапии можно считать: все соматические заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения; острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции; все заболевания и состояния, нуждающиеся в стационарном лечении и требующие постоянного специального ухода, все венерические заболевания в острой стадии; все болезни крови и органов кроветворения в острой стадии и фазе обострения, злокачественные новообразования; кахексия любого происхождения.

Контингенты пациентов, проходящих психотерапевтическое лечение, условно можно разделить на следующие.

Профилактический – пациенты психотерапевтических кабинетов профилакториев, домов отдыха, профилактических центров, центров планирования семьи.

Санаторный – пациенты психотерапевтических кабинетов санаториев с различной, чаще хронической патологией. Особенность – чрезвычайно снижаются сроки лечения.

Реабилитационный – пациенты психотерапевтического кабинета реабилитационного центра, отделения.

Поликлинический – пациенты психотерапевтических кабинетов территориальной поликлиники, медсанчасти, психоневрологического диспансера.

Полустационарный – пациенты, которым психотерапия проводится в условиях дневного или вечерне-ночного пребывания.

Стационарный – пациент с пограничной патологией психотерапевтических отделений.

Очень важна психопрофилактическая деятельность, включающая меры по предупреждению психических расстройств, их хронизации. Это первичная психопрофилактика применительно к здоровым людям: работа со средствами массовой информации по пропаганде здорового образа жизни, встречи врачей-психотерапевтов с населением, лекции и беседа на предприятиях и в медицинских учреждениях, издание популярной тематической литературы. Активная методическая и практическая работа с врачами других специальностей по обучению их основам психотерапии. Важно проведение психопрофилактических мероприятий с самими медицинскими работниками с целью повышения их психологической компетентности, предотвращения конфликтов с пациентами и их родственниками, с целью профилактики профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании им профессиональной помощи (синдром «эмоционального сгорания»).

Все психотерапевтические направления подчеркивают значение психотерапевтического контакта между врачом и больным не только для создания оптимальных условий лечения, но и как инструмента психологического влияния, способного приводить к позитивным переменам в чувствах, отношениях и поведении пациента.

Психотерапевтический контакт содержит следующие лечебные компоненты: удовлетворение ожиданий и потребностей, выслушивание, эмоциональная поддержка, обратная связь при раскрытии своих мыслей, переживаний и поведения. Важнейшая задача врача при этом – создание устойчивых, доверительных отношений с больным. Психотерапевт проявляет уважение к пациенту как к личности, принимает его без морального осуждения и критики, проявляет желание помочь ему.

**Психотерапевтическая беседа** – основной метод получения (и обмена) информации, источник и способ познания и осознания психологических явлений на основе вербального (словесного) общения между психотерапевтом и пациентом.

Выполняет коммуникативную, диагностическую, информативную и лечебные функции. Может быть по направленности содержания свободной (по типу исповеди) и структурированной конкретными ее задачами.

Имеет стадии: установление контакта, сбор анамнеза и диагностика, определение динамики проявления болезни в процессе лечения, психотерапевтического воздействия, оценка успешного хода психотерапии, итог поставленных и решенных в беседе задач.

Одним из важнейших механизмов лечебного воздействия в психотерапии, составная часть корригирующего эмоционального переживания – **эмоциональная поддержка**.

Для пациента – это принятие его психотерапевтом (группой), признание его личностной, человеческой значимости и ценности независимо от того, какими качествами он обладает, болен или здоров. Не отрицая конфронтации и критики, она имеет огромное значение для пациента, так как возникающая благодаря ей атмосфера взаимной заинтересованности, доверия и понимания создает необходимые предпосылки для ослабления защитных механизмов, преодоления тревоги и страха. Эмоциональная поддержка, означающая принятие пациента психотерапевтом (группой), приводит к тому, что он начинает принимать себя, у него повышается степень самоуважения.

**Психотерапевтические методы в психологии здоровья.** В последние годы в мире формируется новое научное направление – «психология здоровья», представляющая собой синтез психологии и валеологии. Валеология является наукой об индивидуальном здоровье человека и состоит из двух основных частей: валеософии (валео – здоровье, софия – мудрость) – теория здоровья, и валеометрии – науки об измерении здоровья (Петленко В.П., 1996). Психология здоровья выступает в качестве опоры, фундамента валеологии, придерживаясь основного своего принципа: «человек, познай и сотвори себя».

Психология здоровья опирается на теорию и практику предупреждения развития различных заболеваний, включает в себя мероприятия по фасилитации, создание личностных условий индивидуального развития, компенсации и адаптации (в необходимых случаях) к требованиям жизненной среды, обеспечивает психологическую адаптацию личности в обществе, для чего развивает личностные качества, которые нужны индивидууму для установления гармоничных социальных связей; способствует самореализации человека, повышению его качества жизни и в том числе оказывает психологическую помощь при завершении жизненного пути и уходе из жизни. Участвовать в подобных мероприятиях призваны как психологи, врачи, так и педагоги, социальные работники, социологи и др.

Психология здоровья – наука о психологических основах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития. В отличие от медицинской парадигмы: движение от патологии к здоровью, валеологическая

формирует курс: от «нормы здоровья» к «норме болезни». «Нормальные болезни» – это естественные возрастные болезни, например климакс, болезни по старости (Дильман В.М., 1987). Медицина решает тактические задачи – это ретроспективная наука, которая ищет причины уже существующей болезни. Валеология – перспективная наука, опирающаяся на стратегические задачи: сохранение, укрепление и развитие здоровья.

Главный принцип развития здоровья не в том, чтобы только иметь крепкое здоровье, а в том, чтобы реализовать с его помощью свою миссию. В понятие «здоровье» сегодня включаются и конкретные формы поведения, которые позволяют улучшить качество нашей жизни, делают ее более благополучной, позволяют достигать высокой степени самореализации.

Комплексная валеологическая программа развития человека – «цветок потенциалов» – включает в себя основные задачи и методы психологии здоровья. Программа символически представлена в виде цветка, семь лепестков которого формируют узор взаимосвязанных потенциалов, отражающих различные аспекты душевного, телесного и социального здоровья человека. Цель практической работы в психологии здоровья – максимальное раскрытие каждого из этих потенциалов, а также обучение человека самостоятельно пользоваться отдельными методами саморазвития, самосовершенствования.

1. Потенциал разума (интеллектуальный аспект здоровья) – способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться. Методы: развивающие стратегии обучения, концентрация внимания, нейролингвистического программирования, направленные на остановку внутреннего диалога (медитация) и др.

2. Потенциал воли (личностный аспект здоровья) – способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства. Методы: гуманистически-ориентированной психотерапии, группы личностного роста, модели построения, реализации целей и перенацеливания.

3. Потенциал чувств (эмоциональный аспект здоровья) – способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно принимать чувства других. Методы: сенситивный тренинг, гештальт-терапия, группы личностного роста.

4. Потенциал тела (физический аспект здоровья) – способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознать» и совершенствовать собственную «телесность» как свойство своей личности. Методы: телесно-ориентированная психотерапия, биосинтез, «дыхательные» практики, аутогенная тренировка и др.

5. Общественный потенциал (социальный аспект здоровья) – способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень коммуникативной компетентности. Методы: социально-психологический тренинг, тренинги профессионального

общения, супружеская, семейная психотерапия, сказкотерапия для детей и другие групповые формы терапевтической работы.

6. **Креативный потенциал** (творческий аспект здоровья) – способность человека к созидательной активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки ограничивающих знаний. Методы: арттерапия, изо-, музыка-, танцтерапия, тренинги креативности.

7. **Духовный потенциал** (духовный аспект здоровья) – способность развивать духовную природу человека, выражать высшие ценности. Методы: трансперсональная психотерапия, потрясающая психотерапия Ананьева, медитация.

К задачам психологии здоровья относятся: повышение уровня психологической культуры, культуры общения, степени совершенства в области внутренней и внешней коммуникации, определения путей и условий для самореализации, самоосуществления, раскрытия своего творческого и духовного потенциала. Эти три задачи могут состоять из трех аспектов работы: самопознания, самовоспитания, самоосуществления.

Психология здоровья представляет собой базу первичной и вторичной профилактики, а также реабилитации.

**Психогигиена** – область гигиены, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья. Это комплексная дисциплина, тесно связанная не только с психиатрией, но и с медицинской психологией, медицинской социологией, валеологией (Петленко В.П., 1997) и др. Основная цель психогигиены – сохранение психического здоровья, душевного равновесия. Психогигиена призвана помогать человеку избегать неблагоприятных воздействий, опасных для его психического здоровья, обучать его справляться с теми трудностями, которые не удалось избежать, используя для этого естественные, природные ресурсы или изменяя свое отношение к ним.

В психогигиене выделяют разделы и подразделы: возрастная психогигиена, труда и обучения, быта, семьи и половой жизни, больного человека.

Для решения психогигиенических задач все чаще привлекают методы психотерапии: аутогенную тренировку, биологическую обратную связь, позитивную, поведенческую, групповую психотерапии и социально-психологический тренинг.

Психогигиена – раздел медицины, изучающий влияние внешней среды на психику человека, разрабатывающий меры по сохранению и укреплению психического здоровья, предупреждению психических заболеваний.

**Психопрофилактика** разрабатывает и внедряет в практику меры по предупреждению заболеваний, их хронизации, способствует реабилитации психических больных. Понятие психопрофилактики тесно связано с понятием психогигиены. Согласно классификации ВОЗ выделяют первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Первичная включает мероприятия,



предупреждающие возникновение нервно-психических расстройств, вторичная объединяет мероприятия, направленные на профилактику неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также раннюю диагностику. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного.

Психопрофилактика – раздел общей профилактики, включающий комплекс мероприятий, обеспечивающих психическое здоровье и предупреждение возникновения и распространение психических заболеваний.

**Психопрофилактическая коррекция** – направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида.

**Этико-деонтологические аспекты психотерапии.** Ни в одной другой области медицины этические проблемы не приобретают столь существенного значения, как в психотерапии. Как замечают Хек и Кенинг (Hock K., Koning W., 1976), лечение методами психотерапии не назначается – о нем договариваются. Больной редко признает определяющую роль психологических факторов в развитии его заболевания. Ведущей при этом является установка (в известной мере защитная) на фармакотерапию и другие биологические средства лечения. И в случае, когда пациент не отрицает значение психотравмирующих влияний в развитие его болезни, признание им собственной роли в ее возникновении носит весьма ограниченный характер. Соппротивление больного психотерапевтическому контакту и отрицание психических конфликтов связаны с формированием в его сознании более престижной в социальном плане биологической концепции болезни. Сами психотравмы при этом выступают как одна из многих возможных и равноценных экзогений, нарушающих гомеостаз. В основе концепции болезни у многих пациентов лежит следующая мысль: «Я являюсь таким, каким меня сделали причинные и предрасполагающие моменты этиопатогенеза, я лишь пассивный продукт, воздействующих на меня факторов, игрушка в руках объективных обстоятельств, которые на меня повлияли» (Seidel K., Szewczyk H., 1977).

Требование к больному активно участвовать в лечении, выработка у него прочной мотивации к партнерству в лечебном процессе (Кабанов М.М., 1978) приобретают важнейшее значение в разных областях медицины, особенно с учетом тех изменений, которые произошли и продолжают происходить в этой области социальной практики человека.

Резкое увеличение числа больных с психосоматическими заболеваниями, с сочетанием в их механизмах биологических, психологических и социальных факторов, в значительной степени повлияло на взаимоотношения между больным и врачом. Хроническое, затяжное течение многих заболеваний и многолетнее, по сути дела непрерывное их лечение (например, при

ИБС, артериальной гипертензии и др.) вызвало волну интереса к знахарству, вторгающемуся в различные области медицины и, в частности, в психотерапию. Главное, что побуждает больного обратиться к современному знахарю, – это желание исцелиться не в течении нескольких лет, а сегодня, завтра, на следующей неделе. В ряде случаев эффект действительно наступает, потому что почти все болезни сегодня, особенно хронические «обрастают» вторичными невротическими нарушениями, устранение которых, основанное на мощном фундаменте веры в исцеление с помощью неизвестного метода, и приводит иногда к улучшению состояния пациента.

Больные «медицинского лабиринта», посещая самых разных врачей постоянно повышают свою «медицинскую» эрудицию. Эти опытные пациенты уже почти все знают наперед. Механизм же «целительных» действий современного знахаря им не известен. Они не знают ни методов, ни приемов, которыми тот пользуется, а знает только, что «кому-то помогло». В этом его преимущество, и молва чаще склоняет чашу весов в его пользу, хотя очевидно, что в «терапии» современного знахаря в качестве основного метода выступает эффект «вооруженного внушения». Кречмер (Kretschmer E., 1965) писал: «Современному врачу отвратительна роль волшебника». Психотерапия в различных ее формах должна включаться в систему лечебно-реабилитационных воздействий при различных заболеваниях, в том числе и органической природы, даже пациентам с прогрессирующими и смертельными заболеваниями. В этическом плане речь идет лишь о постановке психотерапевтом клинически ясных для себя и пациента целей. Поддержки уровня своей подготовки в соответствии с требованиями психотерапевтической науки следует рассматривать как важнейший этический аспект деятельности психотерапевта.

Необходимость осознания психологических механизмов болезни в процессе лечения – одно из важнейших требований личностно-ориентированной психотерапии. Вместе с тем вопрос о полезности и целесообразности такого осознания пациентом во всех случаях решается авторами различным образом. Стоквис (Stokvis B., 1959) писал: «Больной по-своему как-то приспособился жить со своим заболеванием, и врачу не следует стремиться к тому, чтобы он отказался от своей формы приспособления, пока он не сумеет дать пациенту лучшую!». Только опыт, отличное знание пациента, истории его жизни и болезни, в ряде случаев – интуиция могут позволить психотерапевту найти правильное решение применительно к конкретному больному. В психотерапии последних десятилетий отмечается тенденция сдвига от понимания к научению. В целом это в психотерапии соответствует требованию воздействовать на все основные сферы личности – познавательную, эмоциональную и поведенческую – в процессе их лечебной реконструкции.

Психотерапия может приводить к зависимости больного от врача в не меньшей степени, чем другие лекарственные средства. Шепард (Shepard H., 1979) писал, что психотерапия – это ограниченная профессия тех специали-

стов, кто прошел соответствующую подготовку и желает придерживаться надлежащего этического кодекса. Цель лечения не в представлении пациенту механических или психических «протезов», а в обеспечении его к моменту окончания психотерапии средствами для самостоятельной борьбы с трудностями, реализации своих жизненных целей.

Мы стремимся лучше понять личность нашего пациента, его отношение к себе и окружающим, мотивы поступков. А.Сент-Экзюпери принадлежат такие слова: «Человек измеряет свои препятствия сам, если препятствий нет, то человек не может понять, на что он способен». Это следует учитывать для избежания гипердиагностики в быстро развивающейся области пограничных состояний.

Термин «деонтология» (от греческих слов *deon* – должное, *logos* – учение) введен в начале XIX века английским философом Бентаном для обозначения науки о профессиональном поведении человека. Частью общей деонтологии является медицинская деонтология, изучающая принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения и устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы.

Вопросы медицинской деонтологии близки и неотделимы от медицинской этики, то есть учения о морали, нравственности, системе норм нравственного поведения людей и их общественном долге.

Передовые врачи и мыслители всех времен и народов всегда подчеркивали необходимость для врачей соблюдать этико-моральные нормы профессионального поведения. Вот что писал по этому поводу Гиппократ: «Ведь врач-философ равен Богу. Да и немного в самом деле различий между мудростью и медициной, и все, что изучается, все это есть и в медицине, а именно: презрение к деньгам, совесть, скромность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что необходимо для жизни. Итак, когда все это имеется, врачу следует иметь своим спутником некоторую вежливость».

А вот что сказал 2500 лет спустя великий русский писатель и врач А.П.Чехов: «Профессия врача – это подвиг, она требует самоутверждения, чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически».

М.Я.Мудров – основоположник русской классической медицины в своих «Наставлениях молодым врачам» писал: «Главнейшее же наставление состоит в удалении больного от забот домашних и печалей житейских, кои сами по себе суть болезни. Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, резкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытого откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сооб-

щается та твердость духа, которая побеждает телесные болезни, тоску и метания и которая самые болезни, например, нервные, покоряет воле больного».

По мнению замечательного писателя М.М.Пришвина «...все чудеса врачей сводятся к их силе внимания к больному. Этой силой поэты одухотворяют природу, а врачи больных поднимают с постели».

При всем уважении к техническому прогрессу, достижениям точных наук все больше и больше берущимися на вооружение медициной, что закономерно и достойно одобрения, однако таит опасность известной вульгаризации и техницизма в подходе к больному. Нельзя забывать о личности больного, что перед врачом находится не объект для исследований, анализов, процедур, а страдающий, волнующийся, переживающий человек. Плохо, когда за цифрами, количественными и качественными показателями анализов, формулами, специфическими терминами, динамикой диаграмм и кривых электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, данных фиброгастроудодено- и колоноскопии, компьютерно-томографических и все более продвинутых исследований не замечают больного. Такое отношение обижает, пугает любого, тем более больного человека, он теряет надежду, веру в возможность излечения или улучшения своего состояния.

Французский летчик и писатель Антуан де Сент-Экзюпери сказал: «Я верю, настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая у него ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его одной единственной пилюлей. И все же, если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старому земскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашляет, раскурит трубку, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищусь наукой, но я и восхищаюсь и мудростью».

Понимая, что не все наши современники разделяют высказывание из прошлого века, подчеркнем – в бездушном техницизме при подходе к больному таится и опасность нанесения ему психической травмы. Именно при таком отношении может иметь место прямая ятрогенизация, то есть такого нервно-психического расстройства, когда неосторожно сказанное, непонятное для больного или неправильно понятое им слово врача превращается в источник страха, фобии перед каким-то заболеванием, заражением с самыми тяжелыми, как представляется больному последствиями.

Немалую роль играет и взаимоотношение врачей и вообще медицинских работников между собой как в лечебных учреждениях, так и в частном общении.

Развал СССР, последующие события, реформа здравоохранения, вторжение в медицину рыночных отношений, ее частичная коммерциализация,

изменяющиеся взгляды людей заставляют вспомнить соображения представителей старых капиталистических государств. Трудно говорить о настоящей медицинской деонтологии там, где врач по определению американского социолога Ф.Диклисона, «...является, в основном, мелким бизнесменом, он продает свои услуги также, как и другой бизнесмен, торгующий предметами потребления». Подобное высказывание имеется и у известного немецкого анатома Тендлера: «В буржуазном обществе врач – мелкий лавочник, мелкий предприниматель, который торгует здоровьем доверяющихся ему людей».

Здоровье не является предметом рынка и на него не могут распространяться рыночные отношения. К сожалению, в современном обществе сильно преувеличена роль денег. Медицинские работники не свободны от происходящих социальных процессов. Они испытываются вызовом времени на верность высоким деонтологическим, этическим принципам в период обновления товарно-денежных отношений.

Огромное разнообразие и терпимость к иному мнению и, вместе с тем, строгие научные и этические критерии – вот что характерно для современной психотерапии.

Благодаря психотерапии человек получает возможность найти другие пути решения проблем, понять иные точки зрения, побыть другим, увидеть невидимое, познать непознанное, почувствовать возможность невероятности невероятного.

Психотерапия – это средство дополнительного общения, способ расширения нашего сознания. Ведь как прекрасна жизнь, как ценен каждый ее миг, как радостно ощутить каждое ее мгновение во всей полноте. И знания – это вспышка света, когда многое становится ясным из всех хитросплетений жизненного уклада каждого из нас.

### **Литература**

1. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – М.: Академический Проект, ОППЛ, 2000. – С. 8.
2. Головач А.А. Психотерапия и клиническая психология. – 2001. – №2. – С. 2.
3. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 432 с.
4. Макаров В.В. Психотерапия нового века. – М.: Академический Проект, 2001. – 496 с.
5. Общая психотерапия: Рук. Для врачей / В.Т.Кондрашенко, Д.И.Донской, С.А.Игумнов. – 4-е изд., перераб. и доп. – Мн.: Выш. шк., 1999. – 524 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия. / Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 1024 с.

7. Руководство по психотерапии. / Под ред. В.Е.Рожнова. – 3-е изд., доп. и перераб. – Т.: Медицина, 1985. – 719 с.